

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

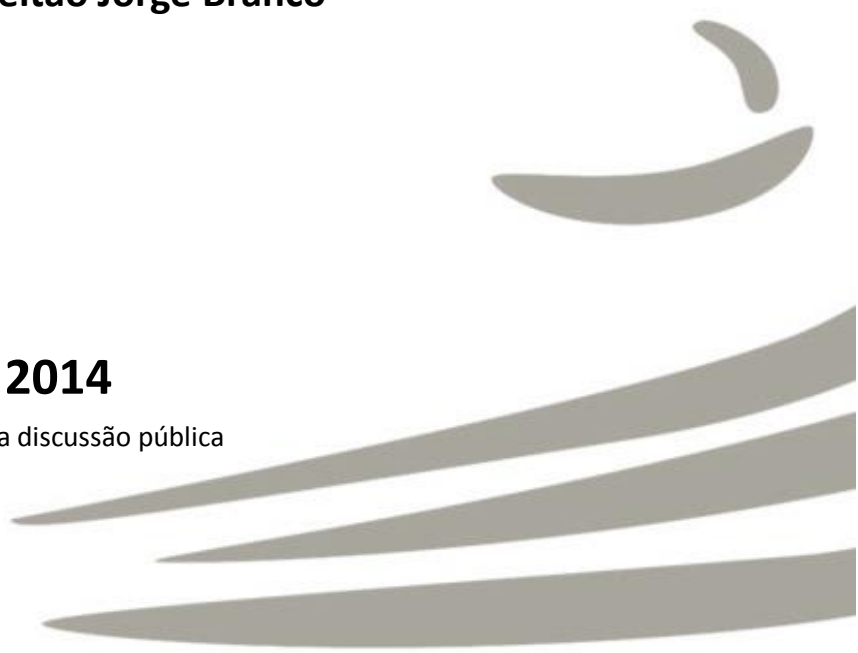
Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Estratégias Relacionais na Abordagem à Pessoa em Sofrimento Psico-emocional

Ana Paula Leitão Jorge Branco

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Estratégias Relacionais na Abordagem à Pessoa em Sofrimento Psico-emocional

Ana Paula Leitão Jorge Branco

Orientada por: Prof^a Doutora Francisca Manso

2014



“A nossa maior glória não reside no facto de nunca cairmos, mas sim em
levantarmo-nos sempre depois de cada queda.”

Confúcio

Agradeço

À minha família que sempre me apoiou e incentivou ao longo deste percurso, em especial à Luísa, Zé, Susana, Cláudia e Miguel.

Às professoras Francisca Manso e Luísa D’Espiney pela orientação, paciência e disponibilidade que sempre demonstraram.

Aos clientes e famílias que tive o privilégio de cuidar.

Às Senhoras Enfermeiras Liliana Lago, Carla Temudo e Paula Alves, que me orientaram nos estágios, pela disponibilidade, entrega, compreensão e incentivo.

Aos meus colegas de profissão: dos locais de estágio pela generosidade ao partilharem os seus saberes; e aos meus colegas de trabalho pela compreensão.

Aos amigos que me apoiaram e incentivaram.

A Deus que me permitiu alcançar este objetivo e sempre me acompanhou ao longo deste percurso.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

DR – Diário da Republica

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

HD – Hospital de Dia

NANDA – Classificação e definição dos Diagnósticos de Enfermagem

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

SPH – Sociedade Portuguesa de Hematologia

WHO – World Health Organization

Resumo

O presente relatório descreve o percurso do estágio realizado num hospital central da região de Lisboa no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em ESMP. O estágio foi efetuado num serviço de internamento de clientes com doença mental em fase aguda, num hospital de dia de saúde mental e psiquiatria, e numa unidade de projeto que visa a reintegração social do cliente.

Objetivou-se o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria de modo a prestar cuidados específicos de forma sustentada no serviço de origem.

O relatório corresponde ao desenvolvimento da temática “Estratégias Relacionais na Abordagem à Pessoa em Sofrimento Psico-emocional”. Assim foi abordado o sofrimento psico-emocional e explorado o modo como este condiciona a saúde mental da pessoa. São explicitadas as estratégias relacionais a adotar na abordagem ao cliente em sofrimento.

As intervenções de enfermagem foram objeto de estudo. Foi dado especial ênfase às entrevistas de enfermagem no contexto da relação de ajuda. Foram igualmente efetuadas intervenções individuais de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo.

A relação terapêutica foi sempre o foco da intervenção nas diversas atividades e interações efetuadas em contexto individual e grupal.

Privilegiou-se o autoconhecimento, o reconhecimento, consciencialização e aceitação das fragilidades e vulnerabilidades pessoais que conduziram a um desenvolvimento pessoal e profissional estruturado.

São expostas as situações vivenciadas e o pensamento reflexivo.

O objetivo final desta trajetória é a implementação de um projeto de intervenção no serviço de origem, Serviço de Hemato-Oncologia – Entrevista de Enfermagem no contexto da relação de ajuda.

Palavras-chave: estratégias relacionais, entrevista, doença hemato-oncológica, enfermagem.

Abstract

This report describes the hospital training in a central hospital in Lisbon area within the framework of the course, 4th Master Degree in Nursing Specialization in ESMP. The first stage was performed in inpatient service clients with mental illness in the acute phase, the second in a day of mental health and psychiatry hospital, and the last one in a project unit aimed at the client social reintegration.

This study aimed to develop skills of nurse specialist in mental health and psychiatry in order to provide specific care in a sustainable way at the origin service.

The report corresponds to the development of the theme "Strategies in Relational Approach to Person in Psycho-emotional Distress." So it was addressed the psycho-emotional distress and explored how this affects the mental health of the person. Relational strategies are explained in the adopting approach to client suffering.

Nursing interventions have been studied. Special emphasis to the interviews of nursing in the context of the helping relationship was given. Was also performed individual psychotherapeutic and psycho educational interventions.

The therapeutic relationship has always been the intervention focus in the various activities and interactions made on an individual and group context.

The emphasis was on self-awareness, recognition, awareness and acceptance of personal weaknesses and vulnerabilities that led to a structured personal and professional development.

Situations experienced and reflective thinking are exposed.

The ultimate goal of this course is the implementation of an intervention project in the service of origin, Hematology-Oncology Service - Nursing Interview in the context of the helping relationship.

Keywords: relational strategies, interview, hemato-oncologic disease, nursing.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
2.1. A Relação de ajuda em oncologia	17
2.2. A importância da Relação de Ajuda e as Técnicas Relacionais	19
2.3. A Entrevista de Ajuda como instrumento de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria	24
2.4. A Ansiedade e Depressão na pessoa em sofrimento psico-emocional	28
2.5. A intervenção de enfermagem segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	33
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESMP	36
3.1 Percurso e opções metodológicas	36
3.2. Objetivos dos estágios	37
3.3. Caracterização dos locais de estágio	38
3.3.1. Breve abordagem do Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria	38
3.3.1.1. Do planeamento às intervenções terapêuticas desenvolvidas	39
3.3.2. Breve abordagem do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Internamento II	48
3.3.2.1. Do planeamento às intervenções terapêuticas desenvolvidas	50
3.3.3. Breve abordagem da Unidade de Projeto	55
3.3.3.1. Do Planeamento às intervenções terapêuticas desenvolvidas	56
3.4. Outras atividades extracurriculares realizadas	57
4. REFLEXÃO SOBRE OS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO	59

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS DE FUTURO	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Diário de Aprendizagem Nº 2

APÊNDICE 2 – Inventário de Depressão de Beck (aplicado à cliente R. no decurso da entrevista inicial)

APÊNDICE 3 – Inventário de Depressão de Beck (aplicado à cliente R. no decurso da entrevista final de ajuda)

APÊNDICE 4 – Inventário de Depressão de Beck (aplicado à cliente V. no decurso da entrevista inicial)

APÊNDICE 5 – Inventário de Depressão de Beck (aplicado à cliente V. no decurso da entrevista final de ajuda)

APÊNDICE 6 – Descrição de uma entrevista de ajuda

APÊNDICE 7 – Reflexão sobre uma entrevista de avaliação

APÊNDICE 8 – Sessão de Relaxamento

APÊNDICE 9 – Avaliação das sessões de relaxamento

APÊNDICE 10 – Apresentação de um estudo de caso em Power Point

APÊNDICE 11 – Descrição e Reflexão sobre uma Reunião do Comportamento Alimentar

APÊNDICE 12 – Descrição de algumas atividades desenvolvidas na UP

ANEXOS

ANEXO 1 – Plano semanal de atividades do HD de SMP

ANEXO 2 – Escala de Bem-estar

ANEXO 3 – Plano semanal de atividades da UP

ANEXO 4 – Certificado das Jornadas da Psiquiatria de Ligação e Psicossomática

ANEXO 5 – Certificado do XI Congresso Português de Psico-Oncologia

ANEXO 6 – Certificado do Simpósio Cuidar da mulher com cancro da mama

ANEXO 7 – Certificados do Encontro da Adolescência e Workshop de Musicoterapia

ANEXO 8 – Certificado do Curso de Perdas e Luto

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos clientes	51
Quadro 2 – Avaliação da 1ª sessão	52
Quadro 3 – Resultados globais de Bem-estar dos clientes após as sessões	53

INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como finalidade constituir-se como um instrumento de avaliação para a obtenção do grau de Mestre e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Pretende também descrever o culminar de um percurso, dando a conhecer o trabalho efetuado. Ao longo deste relatório será descrita a experiência e o trabalho desenvolvido durante a realização dos estágios.

Os estágios decorreram no período de 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014. Tiveram lugar num Hospital Central da região de Lisboa. Foram desenvolvidos nos seguintes serviços: Hospital de Dia de Psiquiatria; Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Internamento II; e Unidade de Projeto. O objetivo do estágio visa a aquisição de competências específicas como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, mais especificamente a aquisição de competências em intervenções terapêuticas. Designadamente o desenvolvimento de competências e estratégias de âmbito relacional, que me permitiram implementar um projeto a médio prazo no serviço onde exerço funções (Serviço de Hematologia).

A temática central deste projeto de estágio intitulado “Estratégias Relacionais na Abordagem à Pessoa em Sofrimento Psico-emocional” surge no sentido de dar resposta a algumas necessidades e competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com vista a realizar posteriormente um projeto no âmbito do serviço de Oncologia onde exerço a minha profissão. Assim, foram realizadas diversas intervenções de enfermagem, nomeadamente entrevistas de enfermagem para colheita de dados e também no contexto da relação de ajuda e outras atividades estruturadas, que implicavam uma abordagem e apoio à pessoa em sofrimento psico-emocional.

Todo o cliente é um ser único, possuidor de vulnerabilidades próprias e distintas, o enfermeiro adapta-se às singularidades do cliente, compreende-o e à sua história de vida, determina as intervenções a realizar, no sentido de dar resposta às suas

necessidades, inquietações e medos, e efetua a sua avaliação

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria “o enfermeiro compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”. (20 de Novembro de 2010).

As diversas situações experienciadas no decorrer deste percurso de estágios contribuíram para o desenvolvimento de capacidades de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, alcançado através de um pensamento reflexivo e representado nos diários de aprendizagem e nas reflexões realizadas com os orientadores de estágio.

Uma das teorias que influenciaram a minha prática de enfermagem foi a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Esta autora fez parte da Escola da Interação e é ainda hoje considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica, (Tomey, 2004). A sua teoria foi buscar fundamentos nas Teorias da Comunicação, na Psicologia e na Ciência Comportamental. Para a construção da relação terapêutica Peplau perspectiva quatro estádios: a) Orientação, b) Identificação, c) Exploração e d) Resolução, que se vão desenvolvendo ao longo do tempo.

O relatório divide-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo será abordada a problemática, sendo que no segundo capítulo será efetuado o enquadramento concetual. Será abordada a importância da relação de ajuda em oncologia, as técnicas relacionais, a ansiedade e depressão na pessoa em sofrimento psico-emocional e a intervenção de enfermagem segundo Peplau. No terceiro capítulo serão explicitados o desenvolvimento de competências em ESMP, a descrição dos estágios efetuados, intervenções planeadas e desenvolvidas. Será efetuada uma reflexão sobre os contributos do estágio e no último capítulo as considerações finais e implicações para a prática. Será referenciada a bibliografia que serviu de base à execução deste relatório, nos apêndices e anexos serão apresentados alguns documentos que considero relevantes.

1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Toda a pessoa é um ser único possuidor de vulnerabilidades próprias e distintas. A doença é uma parte inevitável comum e normal da experiência humana e surge como um desequilíbrio no organismo que exige um processo de adaptação e restabelecimento.

A reação de cada pessoa à confirmação da doença é sempre única. Não se pode esperar que duas pessoas sintam da mesma forma, já que cada indivíduo tem vivências próprias e atribui frequentemente significados às doenças. Estes significados afetam grandemente as suas respostas.

Os sentimentos em relação à doença vão mudando, há momentos mais fáceis e outros mais difíceis, mas é de extrema importância ter em conta o tipo de reações que o cliente nos verbaliza, bem como o que não é dito mas que pode ser intuído. A procura da qualidade em saúde é uma ação prioritária.

A saúde mental é essencial na vida do ser humano. A saúde mental é a capacidade que a pessoa têm, para estabelecer relações ajustadas ao outro, promover a resolução e gestão dos seus próprios conflitos internos, participar de forma construtiva com o meio e o ambiente, e investir em realizações sociais, (Sequeira, 2006).

Assim, é fundamental que o enfermeiro esteja consciente do impacto do diagnóstico de doença oncológica, na saúde mental do cliente. O Enfermeiro Especialista em ESMP está habilitado a ajudar a pessoa com doença oncológica a reconhecer e gerir as suas emoções e sentimentos.

Eu trabalho há 24 anos, num serviço de internamento, em Hemato-Oncologia/Transplantação de Medula Óssea num Hospital Central. Os diagnósticos de doença hematológica atingem maioritariamente clientes jovens (a media de idades dos meus clientes varia entre os 18 e os 40 anos). Quando surge este diagnóstico, além do risco de vida associado, a vida do cliente e família fica em

suspenso durante os longos meses de tratamento, com subseqüentes altas e reinternamentos.

Além do sofrimento físico inevitável, também está presente um grande sofrimento psicológico para o cliente e para a família. Está presente o medo da morte, imaginada como inevitável, o medo do sofrimento físico provocado pelos tratamentos, as alterações da autoimagem, o medo da dor, o medo de estar a ser um “fardo” para a família, as preocupações com o emprego, os problemas financeiros associados às baixas médicas, o medo do desemprego.

O impacto do cancro atinge principalmente quatro dimensões do ser humano: física, emocional, espiritual e interpessoal, (WHO, 2008).

O sofrimento é considerado uma resposta às perdas: a perda da saúde, a perda de conforto, de uma existência livre de dor, da dignidade, da mobilidade, da autonomia, do futuro sonhado, e a perda da identidade, (Morse, 2001).

Diversos estudos de psico-oncologia demonstram que 30 a 40% dos indivíduos com cancro desenvolvem alterações psicopatológicas, (WHO, 2008).

A WHO destaca um estudo realizado por Grassi et al. (2004) que demonstrou: 17% dos doentes oncológicos desenvolveram perturbações da ansiedade e 9 a 14% perturbações depressivas de acordo com o tipo de cancro diagnosticado e tratamento realizado.

A co-morbilidade psicológica e o *distress* podem ter consequências significativas, originando reações mal adaptativas à doença (cancro). De acordo com a WHO (2008), podemos salientar:

- ♦ Coping mal adaptativo e comportamento anormal face à doença, com efeitos negativos na adesão terapêutica, comportamentos de saúde e qualidade de vida;
- ♦ Aumento do tempo de hospitalização e reabilitação prejudicada;
- ♦ Perceção aumentada da dor e diminuição da capacidade de resposta a sintomas físicos;
- ♦ Diminuição da resposta à quimioterapia;
- ♦ Aumento do risco de suicídio;

- ♦ Maior risco de recorrência e diminuição da sobrevivência à doença.

A pessoa com doença oncológica fica muitas vezes centrada na incurabilidade e isola-se. Desconhece as causas, o que desta forma contribui para aumentar os sentimentos de medo e de falta de esperança, tanto nos clientes como nos enfermeiros.

A vida do cliente com doença hemato-oncológica e/ou transplantado, implica alterações a nível físico, social e emocional. A forma de reagir a todo este processo, ou seja, os efeitos da doença, as repetidas hospitalizações, os tratamentos, as exigências das atividades da vida diária, varia desde a fase de diagnóstico à cura ou à morte, e é influenciada pelo sistema de valores do doente e família.

Os tratamentos de quimioterapia administrados ao longo de vários ciclos provocam, sem dúvida, diferentes reações e dificuldades de adaptação. A perda de apetite, as náuseas, os vômitos, a diarreia, a dor, a febre, o risco de hemorragia, de infeções, a alteração da imagem corporal e do papel social e familiar, a expectativa perante a morte e outras, são adversidades constantes do dia-a-dia.

Cassell (1991) citado por Gameiro refere que sofrimento é “um estado de desconforto severo (*“distress”*) causado por uma ameaça atual ou percebida como iminente para a integridade ou continuidade da existência da pessoa como um todo.” (Gameiro, 1999, pág.34).

Gameiro (1999) cita um estudo realizado por Lindholm e Eriksson (1993) cujo objetivo foi compreender a experiência de sofrimento na situação de doença. Os sentimentos e emoções predominantes identificados foram: o medo, a dor, o desespero e a astenia.

Justo (2002) refere que o doente oncológico sofre alterações profundas na qualidade de vida com diminuição da auto-estima e autoconceito e aumento da depressão e ansiedade. Doentes afetados emocionalmente pela gravidade da doença e tratamento médico, são menos colaboradores, menos crentes e menos capazes de beneficiar da assistência proporcionada, (Dias e Durá, 2002).

De acordo com diversos estudos, Perez e Galdón referem um aumento de comorbilidade psicológica em clientes com cancro, fruto das reações traumáticas ao diagnóstico e tratamento da doença, (Dias e Durá, 2002).

Atendendo às etapas que o enfermeiro vai percorrendo, no caminho do desenvolvimento profissional, a forma como encara a sua profissão poderá ser bastante diferente no início, passados uns anos ou mesmo ao longo dos anos de exercício profissional. A competência profissional assume características multidimensionais, e aquilo que cada um espera, e considera que os outros valorizem na sua ação, vai sendo modificado pelas experiências vividas e refletidas.

Aos enfermeiros cabe reunir todos os meios possíveis ao alcance, de forma a ajudar a pessoa doente e a sua família a sentir-se confortável e em segurança.

Em oncologia os clientes são acompanhados pela equipa de saúde durante meses, dia após dia, estabelece-se e desenvolve-se uma relação de confiança, um vínculo, estabelece-se uma “parceria” nesta batalha.

É essencial o acompanhamento psicoterapêutico em todas as fases da doença oncológica. Este permite reduzir as taxas de perturbações psicológicas o que contribui para a recuperação mais rápida e eficaz do cliente. Além da diminuição do tempo de recuperação clínica, há uma maior perceção e controle sobre a doença, uma diminuição das somatizações, uma redução de medicação, um aumento dos índices de combatividade, uma adesão mais adequada à terapêutica e sem dúvida uma diminuição dos índices de perturbações depressivas e ansiosas, que se apresentam e manifestam em número elevado. É frequente, e compreensível, situações de ansiedade, *stress*, comportamentos depressivos, ataques de pânico, e por vezes situações de fuga.

É neste contexto que procurei desenvolver mais conhecimentos e competências na área da saúde mental, mais especificamente na relação terapêutica para poder dar um apoio mais efetivo ao doente do foro oncológico.

Assim, surge a questão: Quais as estratégias de enfermagem mais eficazes na abordagem à pessoa em sofrimento psico-emocional?

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo pretende-se abordar alguns conceitos e teorias que sustentam a Prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Este eixo configura-se como um dos eixos estruturantes do relatório.

2.1. A Relação de Ajuda em Oncologia

Nos períodos de maior sofrimento compete ao enfermeiro especialista ajudar a pessoa a encontrar significado na sua existência, na desarmonia e no sofrimento. (Watson, 2002). Para tal, é necessário compreender a sua comunicação (o dito e o não dito) e estabelecer uma relação de confiança e empatia.

As bases para o estabelecimento de uma relação de ajuda, são: a capacidade de demonstrar empatia, confiança e o não julgar o cliente. É fundamental que o enfermeiro consiga perceber necessidades do cliente, e ajudá-lo, de modo a que o próprio cliente consiga resolver os seus problemas, (Reynolds, 2000).

Como refere o autor, é importante validar o que realmente o cliente necessita, porque, com alguma frequência, o que o enfermeiro acha que o cliente necessita, não é na realidade o que o preocupa e o que ele quer. É essencial compreender e desmistificar esta questão, sob pena de estar a impor o seu julgamento da situação ao cliente, estando neste caso, a criar-lhe ainda mais um problema.

Arastirma (2012) refere que as crianças com doença hemato-oncológica e os seus progenitores, desenvolvem com frequência situações de ansiedade, depressão e *stress*, desencadeados pelo seu problema de saúde. O mesmo autor relata-nos, que o modo como os enfermeiros interagem com esta pessoa, é crucial para a evolução da situação. A relação empática atinge uma importância primordial. O autor refere a importância da utilização de estratégias de coping para lidar com situações de *stress*, assim o enfermeiro necessita de um maior investimento como pessoa e profissional.

Blacker e Christ (2006) discutem a importância da relação empática, e a maneira como as características pessoais e o sistema de valores do enfermeiro, influenciam essa mesma relação. Os mesmos autores alertam-nos ainda para o perigo das boas intenções, realçando que a relação de ajuda é tanto uma arte como uma ciência. Destacam que esta relação começa onde está o cliente e que o técnico deve estar preparado para ir até onde o cliente necessite.

Empatia é a arte de comunicar com o outro ser humano, compreendendo um pouco o seu mundo. O enfermeiro reflete na prática a sua compreensão sobre o comportamento humano, no modo como escuta, como fala, e como demonstra empatia e compreensão na relação com o outro. O processo de empatia envolve a aceitação incondicional do indivíduo que necessita de ajuda. Não são efetuados julgamentos ou avaliação de sentimentos, despertando no cliente sentimentos de liberdade e alívio, (Riley, 2012).

Outra componente da empatia é a escuta ativa, o cliente que a recebe sente-se realmente compreendido e percebe o porquê de o ser. O objetivo da empatia é contribuir para o estabelecimento da relação de ajuda, (Riley, 2012).

Dias e Durá (2002) referem que a pessoa com doença oncológica detém uma grande carga emocional, relacionada com o sofrimento, medo, angústia, dor e morte. Ela afeta o cliente, a família e amigos, gera *stress* e ansiedade.

Segundo Vitek et al. (2007), o bem-estar das pessoas com doença oncológica é potenciado por intervenções focadas nas suas necessidades, devendo estas ser avaliadas por profissionais treinados.

Existe sofrimento que decorre de circunstâncias passíveis de serem mudadas, no entanto existem outras situações que não há possibilidades de mudar, mas apenas aliviar os sintomas, como é o caso da doença hemato-oncológica. Nestes casos a pessoa em sofrimento tem um maior desafio à sua frente e nem sempre consegue sair da crise sozinha. No entanto, face à crise que o confronto com a doença representa, a pessoa pode ou não ser capaz de encontrar um sentido positivo para essa vivência, pode ou não ser capaz de encontrar uma explicação e aceitá-la, dependendo se ela faz sentido para si ou não, (Barbosa e Neto, 2006).

Ao longo da minha vida profissional tenho verificado a necessidade de prestar apoio emocional ao cliente: mostrar disponibilidade, estar presente, ser amável, usar um tom de voz terno, escutar, conversar, sorrir, olhar nos olhos, tocar, fazer rir, acalmar, verbalizar palavras de conforto, dar afeto, respeitar, estabelecer relação de confiança, incentivar a expressão de sentimentos e emoções, ser simpática e autêntica.

Na literatura as estratégias mais referidas de apoio ao cliente em sofrimento, são: o toque, a escuta e a empatia, (Morse et al, 2003).

Magalhães (1995) propõe-nos algumas estratégias de alívio do sofrimento, a saber:

- ♦ Admitir – consciencializar, confrontar e manter consciente a causa do sofrimento, evitando a sua negação ou evasão;
- ♦ Relacionar – comparar o sofrimento atual com outras situações passadas do próprio ou outras pessoas. Tornar-se-á mais confiante e fará uma melhor gestão da situação;
- ♦ Relativizar – “perspetivar o sofrimento no contexto global das experiências existenciais” (p. 81). Dar significado e dimensionar o sofrimento como uma vivência contribuidora a um maior desenvolvimento pessoal;
- ♦ Comunicar a outro – com o sofrimento profundo torna-se necessário a ajuda do outro para que o individuo seja capaz de alcançar a capacidade cognitiva de integração, relacionamento, relativização e disposição afetiva que lhe permitam a resolução e gestão da situação;
- ♦ Tirar proveito – “procurar o sentido positivo da experiência”. (p. 81).

(Gameiro, 1999)

2.2. A importância da Relação de Ajuda e as Técnicas Relacionais

“Toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é relação de ajuda.” (Lazure, 1994, p. 97).

O conceito de relação de ajuda partiu da psicologia e foi rapidamente transportado para outros diferentes domínios quer seja da educação, das ciências humanas ou

dos cuidados aos clientes. Atualmente a relação de ajuda é a dimensão mais nobre no cuidar em enfermagem, sendo considerada como um dos seus elementos inquestionáveis.

Carl Rogers define relação de ajuda como "uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida". (Rogers, 1985 p. 43). Ou seja, uma das partes procura promover na outra parte, um crescimento, partindo de uma mais funcional utilização dos recursos existentes no próprio indivíduo.

Chalifour (2008) refere que a relação de ajuda se baseia numa interação entre duas pessoas, o profissional e o cliente, em que ambos contribuem para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo cliente. Esta ajuda pressupõe que o profissional, adote um modo de ser e de comunicar que esteja de acordo com o objetivo que se procura atingir. Este pedido de ajuda pode ser expresso pelo cliente, ou identificado pelo profissional.

Ainda de acordo com Chalifour (2008), o enfermeiro que ajuda, fornece ao cliente as condições de que este necessita para satisfazer as suas necessidades básicas. Deve criar um clima favorável de modo a ajudar o cliente a: a) encontrar a coragem necessária para progredir na sua autonomia; b) a tomar uma decisão mesmo que difícil; c) a encontrar a força interior e a coragem que necessita para enfrentar as adversidades da sua vida, permitindo-lhe identificar com mais clareza o melhor comportamento a adotar; d) a encontrar o sentido para sua vida; e) a ser mais feliz.

De acordo com os autores acima citados, Queirós (2004) defende que no relacionamento que o enfermeiro desenvolve com o cliente, a *interação especial* que se estabelece entre alguém que ajuda e alguém que recebe a ajuda, é uma variável que interfere nos resultados da recuperação, bem-estar e melhoria da condição da pessoa ao longo das suas experiências vitais. Esta *interação especial* é denominada de *relação de ajuda*.

Este conceito, segundo Lazure (1994), é o eixo principal no qual gravitam os cuidados de enfermagem (essenciais para os processos físicos, mentais, sociais e

espirituais dos clientes) sendo estes orientados para a recuperação, reparação, e renovação do ser humano.

Lazure (1994) diz-nos que no domínio da relação de ajuda, e na expressão “estar em relação” a palavra “estar” significa não só a presença física da enfermeira junto do cliente mas também de todo o seu ser.

Phaneuf (2005) considera que a relação de ajuda é uma relação particularmente significativa, que se instaura entre uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em os enfrentar sozinha, e um enfermeiro, que num dado momento, o ajuda a encará-los e a encontrar em si própria os recursos necessários para lhes fazer face.

A comunicação é a base e o fundamento das relações enfermeiro/cliente, considerando-se o seu instrumento básico de atuação profissional.

Segundo Phaneuf (2005) um dos axiomas da comunicação é que esta encontra-se em toda a parte, sendo impossível não comunicar.

De facto, estamos em constante comunicação, sendo crucial o conhecimento profundo desta atividade que é tão essencial ao ser vivo. Muito surge da comunicação e muito se pode resolver pela comunicação.

Segundo Bayne (1998), o que constitui uma comunicação efetiva é: a empatia, aceitação, ser genuíno, proporcionar ajuda prática, possuir uma mente serena, confidencialidade, intervir de modo sustentado e a advocacia do cliente.

Chalifour recomenda algumas regras a ter em conta nas técnicas de intervenção, que tem por objetivo ampliar a consciência de si e do cliente. O terapeuta deve ajudar o cliente a tomar consciência do momento presente, dos seus recursos e das suas dificuldades, ou seja de si-mesmo e ajudando-o a perceber os processos que com ele ocorrem (deste modo torna-se participante e observador da sua experiência).

A segunda regra é a do “eu-tu” em que o cliente assume a responsabilidade do que diz, e toma consciência de como o diz.

Outra regra é a do “eu não posso” e “eu não quero”, este exercício ajuda o cliente a tomar consciência dos seus receios. É fundamental o terapeuta estar atento às

questões que o cliente coloca, colocar questões, partilhar as suas observações com o cliente e validar com o cliente os seus sentires acerca da terapia. O autor realça que o terapeuta só deve utilizar uma terapia que domine, com a qual se sinta à vontade, e que já tenha experimentado pessoalmente. Só deste modo será eficaz, (Chalifour, 2009).

Townsend (2011), também aborda esta questão da consciência de si e atitudes do enfermeiro, e o processo de clarificação de valores: cognitivo (escolha); emocional (recompensa); comportamental (atuação).

Para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias é imprescindível conhecer-se a si próprio. A autoconsciência implica que a pessoa conheça os seus recursos internos e externos, as suas fragilidades e se aceite a si e ao outro como um ser único e diferente. O sistema de valores da pessoa é estabelecido cedo na vida e está de acordo com os valores dos cuidadores, dependendo também da cultura em que o indivíduo está inserido, no entanto pode alterar-se ao longo da vida. A autoconsciência baseia-se em crenças, atitudes e valores:

- ♦ Crenças – “é uma ideia que um indivíduo crê ser verdade”;
- ♦ Atitudes – “é um quadro de referência à volta do qual cada indivíduo organiza o conhecimento sobre o seu mundo”;
- ♦ Valores – “são padrões abstratos, positivos ou negativos, que representam o modo de conduta e objetivos ideais de um indivíduo”.

(Townsend, 2011, p. 123)

Travelbee, citada por Townsend (2011), tal como Peplau, relata-nos o uso terapêutico de si definindo-o como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade e características pessoais, para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”. (Townsend, 2011, p. 122).

O uso terapêutico de si exige que o enfermeiro seja detentor de grande auto-conhecimento e auto-consciência, com crenças bem definidas sobre a condição humana, a vida e a morte, (Goleman, 2000).

A capacidade do enfermeiro de reconhecer e aceitar, e aprender a aceitar as singularidades e as diferenças nos outros, é um dos conceitos essenciais em ESMP.

Outro aspeto importante é a clarificação, técnica que ajuda a esclarecer o que é expresso pelo paciente.

Townsend (2011) realça as diferenças entre crenças (ideia que a pessoa crê ser verdade, e que pode assumir formas distintas); atitudes (quadro de referência em volta do qual a pessoa constrói o conhecimento acerca do mundo) e valores (padrões abstratos, negativos ou positivos, que caracterizam a conduta e ideais da pessoa).

O enfermeiro “deve transmitir a credibilidade, o que requer que possua um sentimento de autoconfiança.” (Townsend, 2011, p. 125).

Ainda e de acordo com o mesmo autor, para que se estabeleça uma relação terapêutica são imprescindíveis cinco condições: *Rapport*; Confiança; Respeito; Autenticidade; e Empatia.

Travelbee (citado por Townsend, 2011, p. 125-126) declara que para estabelecer *rapport* é fundamental criar:

um sentimento de harmonia baseado no conhecimento e apreciação da singularidade de cada indivíduo. É a capacidade de ser e ainda assim apreciar o outro como ser humano – apreciar mutuamente a descoberta de cada personalidade. A capacidade de querer verdadeiramente saber dos outros é o princípio base do *rapport*.

A confiança é a tarefa inicial do desenvolvimento e formação do indivíduo. Para confiar no outro o indivíduo necessita de sentir confiança na presença dessa pessoa. Precisa de sentir, veracidade, fiabilidade, credibilidade, integridade e desejo sincero de ajudar. A confiança tem que ser ganha através de atitudes e intervenções do enfermeiro, que demonstrem preocupação e sentimentos para com o cliente.

Demonstrar respeito “é acreditar na dignidade e valor de um indivíduo não obstante o seu comportamento inaceitável.” (Townsend, 2011, p. 125). A atitude não é crítica, o cliente é aceite e respeitado como sendo um ser humano único e meritório,

independentemente de o enfermeiro aprovar o seu padrão de comportamento ou estilo de vida.

Ser autêntico é ser aberto, honesto e verdadeiro na interação com o cliente. É perceber o que o cliente está a vivenciar internamente e expressá-lo na relação terapêutica. A autenticidade pode necessitar de um certo grau de auto-revelação por parte do enfermeiro, contribuindo para que o cliente se sinta mais confortável e revele informação pessoal.

A empatia é uma das características mais importantes na relação terapêutica. “é a capacidade de ver para além do comportamento exterior e entender a situação do ponto de vista do cliente”. (Townsend, 2011, p. 126). Quando o cliente percebe que é verdadeiramente entendido por outra pessoa são geradas emoções positivas. Estas emoções e sentimentos são identificadas e exploradas, contribuindo para o processo de identificação pessoal e autoconceito positivo.

Importa aqui diferenciar os conceitos de simpatia e empatia. Com simpatia o enfermeiro sente o que o cliente está a sentir, perde a objetividade, focando-se no alívio da angústia pessoal em vez de ajudar o cliente a solucionar o seu problema. Com empatia o enfermeiro entende os sentimentos e pensamentos do cliente, é capaz de manter a objetividade permitindo ao cliente alcançar a resolução do problema com um mínimo de assistência.

2.3. A Entrevista de Ajuda como instrumento de relação e intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

Importa rever alguns conceitos sobre Relação e Entrevista de Ajuda, nomeadamente clarificar o que significa ser pessoa, estar em relação com os outros, e o que é necessário para construir essa mesma relação.

Chalifour (2009) afirma que a pessoa é um ser em relação e identifica cinco condições necessárias para assumir a responsabilidade do seu bem-estar:

- ♦ Reconhecer: estar consciente de si mesmo, consciencializar-se que se é um ser sempre em desenvolvimento, portador da sua hereditariedade, que se é um corpo habitado por sensações, inteligência, gostos e necessidades,

sentimentos e emoções, características pessoais. Sabe o que quer no plano pessoal e profissional;

- ♦ Acolher: “eu reconheço o meu direito de existir como sou e de ter expectativas, necessidades e desejos. Eu atribuo importância ao que sou e ao que quero ser”. (p.15) Para acolher a pessoa tem que desenvolver confiança em si e nos outros, e ao mesmo tempo ser capaz de tolerar angústia. Atribuir-se importância ao que se é, e se quer ser;
- ♦ Escolher: “as ações que escolhemos realizar deverão estar em consonância com os nossos valores crenças e ideais. Quanto mais deles nos afastamos, mais vulneráveis à doença nos tornamos”. E o inverso também é verdade. “Eu sei como quero e como posso responder às minhas necessidades e expectativas e desejos, e por essa via atualizar-me”. (p. 16);
- ♦ Agir: passar à ação é das etapas mais difíceis. Ter a capacidade de realizar escolhas claras e tomar decisões em consonância com as necessidades, o que se é, e realiza-lo de modo deliberado;
- ♦ Assumir: “é na e pela ação e na aceitação da responsabilidade dessa ação que nos definimos como seres humanos”. (p. 18).

O mesmo autor destaca que o enfermeiro ao recusar agir por receio de quebrar laços com algumas pessoas, está na realidade a favorecer a ausência de relação. Refere ainda as diversas formas de reagir: afirmar-se, fugir ou atacar.

Ainda e de acordo com Chalifour (2009), a relação está na base da intervenção terapêutica. O terapeuta está atento a todos os aspetos que compõem a relação: a) o cliente; b) comunicação verbal e não-verbal; c) o processo; d) modo como se desenvolve a entrevista; e) os conteúdos; f) a si-mesmo.

A entrevista face a face é a que melhor privilegia um contexto terapêutico. Permite ao cliente com o terapeuta: a reprodução (dos impasses do contacto), o reconhecimento (tomar consciência dos impasses), a reparação (viver uma experiência reparadora).

Benjamin (1978) refere-nos que a entrevista de ajuda é um diálogo entre duas pessoas, que é sério e tem um propósito: ajudar o entrevistado.

O autor afirma que “ajudar é um ato de capacitação. O entrevistador capacita o entrevistado a reconhecer, sentir, saber, decidir, escolher se deve mudar.” (p. 14) Esta ajuda pressupõe uma doação de si mesmo do entrevistador. Doa: o seu tempo; a sua capacidade de ouvir e compreender; a sua perícia e conhecimentos científicos e técnicos; e o seu interesse. Esta doação e disponibilidade, quando percebidas pelo entrevistado promovem um sentimento de confiança que lhe permite expor-se em segurança.

O mesmo autor refere ainda que uma entrevista de ajuda pode ser realizada em qualquer local desde que se proporcione um ambiente propício à comunicação. Devem ser evitadas interferências e interrupções. O entrevistado necessita e merece que o respeitemos.

Benjamin (1978) realça algumas condições internas, do entrevistador, necessárias para a realização da entrevista de ajuda:

- ♦ Trazer-se a si mesmo e ao desejo de ajudar

Levamos para a entrevista o máximo de nós. Estarmos realmente presentes. Sentir o desejo real e concreto de ajudar aquela pessoa. Sentir e transmitir que, naquele momento, nada é mais importante.

- ♦ Conhecer-se a si mesmo e confiar nas próprias ideias

Quanto melhor conhecermos os nossos recursos internos e externos e dificuldades, melhor podemos compreender, avaliar e controlar o nosso comportamento. Ao compreendermos e aceitarmos as nossas fragilidades, tentando aprender a superá-las, seremos capazes de ajudar o outro a sentir-se bem consigo e com os outros. Esta nossa atitude contribui para instilar no outro um sentimento de confiança em nós. Após estabelecido este clima de confiança o entrevistador pode, quando assim o perceber, exprimir as suas ideias e sentimentos em relação ao tema abordado. Não se trata de impor, mas sim de exprimir o que percebe e sente, cabendo ao entrevistado aceitá-las e segui-las ou não, segundo o seu entendimento, sempre com a segurança do nosso respeito garantido.

- ♦ Ser honesto, ouvir e absorver

Para sermos honestos com o outro temos primeiro que ser honestos connosco próprios. Esta honestidade implica por vezes dizer ao outro, que não temos solução para o seu problema. Para que o façamos, temos que aceitarmo-nos o suficiente para não sentirmos a necessidade de mostrar ao outro que somos perfeitos, Esta franqueza contribui para que o cliente se sinta mais empenhado e envolvido em procurar a resolução do seu problema.

Segundo Chalifour (2009), para uma entrevista de ajuda existem três fios condutores:

- ♦ O contato – a relação estabelecida entre o cliente e a enfermeira no momento dos cuidados e tratamentos;
- ♦ Os objetivos e os temas da entrevista – estabelecer objetivos e criar uma continuidade;
- ♦ As modalidades de desenvolvimento – são essências para a continuidade das trocas.

Estes aspetos podem transformar uma relação, numa relação de ajuda.

Chalifour (2009) remete-nos para Polster & Polster (1983), ao nomear as sete funções do contacto: os cinco sentidos externos, o movimento e a palavra. O terapeuta observa a forma como o cliente as utiliza (é através delas que entra em relação com o ambiente físico e humano).

No decurso da entrevista o terapeuta apercebe-se da imagem que o cliente tem de si e dos outros, e da sua evolução. O mesmo autor cita ainda, Rogers & Kinget (1969a), sobre a “imagem constrói-se a partir do olhar das pessoas-critério acerca de nós e, da introjeção que fazemos desta avaliação”. (p. 23). Clarifica que o mais importante é a observação do cliente nas suas interações com o terapeuta, no início e no decorrer das entrevistas. Realça que os dados fornecidos pelo cliente referem-se a factos antigos e atuais (o enfermeiro/terapeuta verifica de que modo essas experiências se reproduzem na situação atual).

O terapeuta deve manter ao longo da entrevista de ajuda uma observação cuidada do cliente, Trzepacz e Baker (2001).

De acordo com Townsend (2011, p.147), na entrevista, “o enfermeiro de saúde mental/psiquiátrica recolhe dados de saúde abrangentes e que são pertinentes para a saúde ou situação do doente”.

A mesma autora refere ainda que, a realização da entrevista é o ponto-chave que vai permitir determinar os diagnósticos de enfermagem e o tratamento ao cliente.

2.4. A Ansiedade e Depressão na pessoa em sofrimento psico-emocional

Ansiedade é “a preocupação (apreensão expetante) exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades que ocorrem em mais de metade dos dias por um período de pelo menos 6 meses.” (DSM IV, 2006, p. 472).

Ainda de acordo com o DSM IV o sujeito apresenta dificuldade em controlar a preocupação e ansiedade. A ansiedade e preocupação “são acompanhadas por pelo menos 3 sintomas adicionais de uma lista que inclui agitação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado”, (p. 472).

Segundo Peplau (1963), existem quatro níveis de ansiedade:

- ♦ Ansiedade ligeira – está associada à tensão sentida em resposta aos eventos do dia, preparando os indivíduos para a ação;
- ♦ Ansiedade moderada – o nível de ansiedade vai aumentando e o campo preceptivo diminui, são evidente o aumento da tensão muscular e o desassossego. Pode necessitar de assistência na resolução do problema;
- ♦ Ansiedade grave – o campo preceptivo do individuo está tão diminuído que a concentração é centrada num detalhe em particular ou em muitos detalhes irrelevantes. Os sintomas físicos e emocionais são evidentes;
- ♦ Pânico – é o estado mais intenso. O individuo não consegue focar-se em nenhum detalhe do ambiente, pode ocorrer uma perda de contacto com a realidade. Está associado a um sentimento de terror, a comunicação com os outros é ineficaz. O prolongar desta situação pode levar à exaustão física e emocional e colocar o individuo em perigo de vida, (Townsend, 2011).

Na pessoa com doença hemato-oncológica, a ansiedade transitória (medo ou um sentimento desagradável de desamparo) é uma consequência esperada das incertezas sobre a doença, do tratamento e das perspectivas para o futuro. Surge subitamente como uma reação ao diagnóstico, por dificuldade em manter o controlo da situação, insegurança e medo, ou como consequência da conspiração do silêncio que se pode instalar em torno do problema, (Dias e Durá, 2002). Os medos e outras emoções decorrentes do adoecer levam a um sofrimento psicossocial.

O sofrimento não deve ser considerado como um estado de angústia e confusão mórbidas, mas sim como um processo de readaptação. Descreve três fases:

- ♦ Fase de choque e descrença – é o impacto da surpresa, desintegrador do “eu”. Provoca uma reação imediata, visceral, expressa por sinais e sintomas de mal-estar somático. Segue-se um período de inibição motora, com negação da situação e descrença, o que possibilita ao cliente tempo para realizar a integração gradual da realidade;
- ♦ Fase de consciencialização – caracterizada por sentimentos fortes de vazio, incompreensão e injustiça, em que a pessoa procura mobilizar as suas energias, essenciais para o confronto com a situação, pondera-se as alternativas, as mudanças de vida sofridas e inicia-se a procura de ajuda exterior. É a fase de verbalização dos sentimentos e do significado da perda, sem no entanto considerar ainda compensações.
- ♦ Fase de restabelecimento – estão presentes sentimentos de esperança e um sentido de continuidade, essenciais para a aceitação positiva da nova realidade. A experiência do sofrimento vivenciado não deixa de existir, mas deixa de dominar a pessoa, permitindo-lhe voltar a sentir prazer na vida. Transforma-se um fator de enriquecimento e desenvolvimento pessoal.

Gameiro (1999)

As reações à doença quando não são adaptativas podem manifestar-se por sintomas psicológicos e muitas vezes por depressão.

A depressão é “uma alteração no humor que é expressa por sentimentos de tristeza, desespero e pessimismo. Há uma perda do interesse nas atividades habituais e os

sintomas somáticos podem ser evidentes. São comuns alterações no apetite e padrões do sono”. (Townsend, 2011, p. 539).

O DSM-IV classifica as Perturbações do Humor em duas categorias: Perturbações Depressivas e Perturbações Bipolares, (DSM IV, 2006).

A sintomatologia da depressão pode ser classificada de acordo com a gravidade da doença.

Os sintomas podem ser descritos como alterações em quatro esferas do funcionamento humano: afetiva, comportamental, cognitiva e fisiológica. Estas alterações diferem de acordo com o grau de gravidade da sintomatologia e temos então: depressão transitória (desilusões da vida quotidiana), depressão ligeira (resposta normal ao pesar), depressão moderada (perturbação distímica) e depressão grave (perturbação depressiva major), (Townsend, 2011).

Barbosa e Neto (2006) realçam que “deve considerar-se uma depressão clínica quando existe uma clara dificuldade de adaptação à doença e um estado de sofrimento evidente que interfere com a vida quotidiana do doente”. (Barbosa e Neto, 2006, p. 243).

Ao assumirmos apenas que a depressão e ansiedade representam reações compreensíveis para um diagnóstico de doença grave, e não sendo valorizadas as alterações psicológicas do cliente, estaremos a impedir o tratamento adequado e poderemos criar situações de rutura graves para a saúde da pessoa.

A identificação desta patologia em clientes hemato-oncológicos pode ser mascarada, pelo facto de muitos clientes tentarem esconder os seus sentimentos negativos, como forma de proteção. A ideação suicida está presente com alguma frequência, mas quase sempre é transitória e recetiva à ajuda por parte dos técnicos.

Este processo raramente é linear, sucedendo alguns retrocessos nas diversas fases podendo ser necessário o recurso a psicoterapia, (Gameiro, 1999).

De acordo com Justo (2002), o sofrimento psico-emocional da pessoa com doença oncológica vai propiciar o desenvolvimento de vivências depressivas ou o agravamento de tendências existentes. Os estados depressivos debilitam o

funcionamento imunológico. A reatividade imunológica é fundamental no combate contra as células cancerígenas e a sua reprodução. A abordagem terapêutica do profissional de saúde face à reação emocional do cliente é fundamental para uma boa evolução do tratamento, (Dias e Durá, 2002).

A aplicação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas e o apoio através da psicoterapia podem ser facilitadores para o tratamento da ansiedade. As terapias cognitivo-comportamentais, as psicoterapias breves, a musicoterapia, a arteterapia, a hipnose, o relaxamento e as massagens são técnicas que podem ajudar a que os clientes aumentarem o seu sentimento de autoconhecimento e controlo emocional, (Barbosa e Neto, 2006).

Os mesmos autores afirmam que as medidas não farmacológicas são imprescindíveis no tratamento da depressão. Realçam a importância de se estabelecer uma relação de empatia, criar disponibilidade para uma escuta ativa, explorar os medos manifestados pelo cliente acerca da doença e prognóstico.

A psicoterapia e a farmacoterapia são as intervenções de eleição a realizar ao cliente em sofrimento psico-emocional. A presença de sintomatologia psiquiátrica como: humor deprimido, choro fácil, desesperança, ansiedade, irritabilidade, anorexia, astenia, agitação psicomotora, insónia, são indicadores para a instituição de terapêutica farmacológica. A terapêutica psicofarmacológica vai controlar a sintomatologia, favorecer o ajuste emocional à doença, e à adesão terapêutica, (Dias e Durá, 2002).

A psicoterapia tem como objetivo principal a contenção emocional do cliente. O principal objetivo da intervenção psicológica é favorecer um maior controlo emocional ao cliente e uma menor dependência da família e dos profissionais de saúde. Pretende-se que o cliente se envolva na tomada de decisão do tratamento oncológico a realizar, se adapte de forma adequada às limitações que a sua doença implica, utilize os recursos pessoais e sociais de que dispõe para conseguir essa adaptação e ajuste ao processo de diagnóstico e tratamento e integre a doença como um acontecimento mais na sua vida, (Dias e Durá, 2002).

De acordo com Dias e Durá (2002) as intervenções de cariz cognitivo-comportamental são as mais utilizadas, porque este tipo de intervenção demonstrou

a sua eficácia na redução do mal-estar emocional e no controlo dos sintomas físicos. São técnicas que podem ser aplicadas num curto espaço de tempo, permitem melhorar a qualidade de vida dos clientes e promovem sentimentos de controlo pessoal e autoeficácia.

Segundo Jacobson e Hann (1998) citados por Dias e Durá, destacam que as Intervenções mais utilizadas são:

- ♦ Reestruturação cognitiva – o cliente identifica os seus pensamentos irracionais e interpretações negativas acerca da sua situação de doença, verbaliza-os diminuindo os sentimentos de mal-estar emocional, desamparo, baixa auto-estima, pessimismo e desesperança;
- ♦ Gestão de contingências – aplicação de reforço positivo com o objetivo de: aumentar a ocorrência de comportamentos desejados e eliminar os indesejados, fomentar a adesão aos tratamentos oncológicos;
- ♦ Técnicas de distração – têm como objetivo redirigir a atenção evitando a focalização na sintomatologia e em eventos stressantes inerentes à situação de doença;
- ♦ Técnicas de *Biofeedback* – uteis em situações específicas de controlo da ansiedade e aprendizagem de respostas condicionadas. É necessária a utilização de um dispositivo eletrónico;
- ♦ Técnicas de relaxamento – são empregues as mais adequadas de acordo com as características e limitações dos clientes: relaxamento muscular progressivo e relaxamento autógeno de Schultz;
- ♦ Dessensibilização sistemática – utilizada para a eliminação de fobias associadas a estímulos aversivos. O estímulo aversivo é apresentado de forma gradual ao individuo favorecendo a sua descontinuidade;
- ♦ Hipnose – consiste em atingir um estado de atenção e concentração específicos, reduzindo os níveis de consciência e aumentando os níveis de sugestibilidade. Eficaz na redução da ansiedade e dor;

- ♦ Técnica de resolução de problemas – utilização de técnicas que ajudam o cliente na identificação de problemas, elaboração de estratégias pessoais de resolução e colocá-las em prática;
- ♦ Inoculação de *stress* – técnicas comportamentais e cognitivas que promovem respostas mais adaptativas aos eventos stressantes que o individuo enfrenta. A aprendizagem e aquisição de estratégias de enfrentamento permitem que o individuo se torne mais habilitado em situações futuras, seguindo os procedimentos de atuação que integrou;
- ♦ Técnicas de imaginação guiada – utilizada a imaginação do cliente dirigida pelo terapeuta, com o objetivo de promover um estado de relaxamento, aumentar o controlo percebido e favorecer o emprego de estratégias de enfrentamento. Podem ser aplicadas em qualquer situação.

2.5. A intervenção de enfermagem segundo a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau é, sem dúvida, uma teoria de referência para a prática da enfermagem, nomeadamente para a enfermagem psiquiátrica. Embora considere que esta teoria é fundamental em ESMP, não significa que na minha prática não tenha que recorrer a outros autores para explicitar a minha intervenção, contudo face a este projeto iremos privilegiar Peplau e a sua teoria. Desenvolvida por esta autora em 1952, é centrada na relação enfermeiro/cliente, (Alligood e Tomey, 2004).

Esta relação é composta por quatro fases independentes que ocorrem durante o tempo da relação e se vão sobrepondo. São elas:

- ♦ Orientação – o cliente necessita de orientação e ajuda: na gestão da situação estranha, no contacto com pessoas desconhecidas e no enfrentamento da sua doença. O cliente encontra-se quase sempre ansioso, não conseguindo reter toda a informação fornecida e necessita que a enfermeira lho recorde e oriente. Ambos aprendem a trabalhar de um modo corporativo na resolução das dificuldades;

- ♦ Identificação – inicia-se quando o cliente se consciencializa do seu problema. O cliente pode tomar um papel mais ativo ou passivo dependendo das suas referências anteriores, crenças e relação com a enfermeira cuidadora. Cabe à enfermeira procurar padrões de modificação do comportamento que podem fornecer uma compreensão clara do que o cliente está a sentir e pensar;
- ♦ Exploração – o cliente identifica as suas necessidades e utiliza os recursos disponíveis para as satisfazer. O cliente detém o controlo parcial da situação e à medida que a relação evolui, a dependência da enfermeira sofre reajustes;
- ♦ Resolução – fase final da relação, é o processo de independência. A relação enfermeiro/cliente está orientada para a prestação de cuidados e termina quando a situação do cliente atinge a resolução. A finalização dos cuidados é planeada e o cliente preparado para a nova etapa da sua vida, tornando-se independente da enfermeira que o assistiu, (Simpson, 1992).

Para a autora a relação enfermeiro/doente é essencialmente um quadro onde as crenças, os valores, as atitudes e o auto-conhecimento da enfermeira e cliente podem ser aplicadas na exploração e compreensão da dinâmica de uma existência saudável, (Simpson, 1992).

No decorrer das fases acima descritas a enfermeira pode assumir diferentes papéis: de estranha, de pessoa de recurso, de professora, de líder, de substituta e de conselheira. A enfermeira identifica as necessidades do cliente e assume o papel de acordo com as necessidades, (Alligood e Tomey, 2004).

Para que a enfermeira possa desempenhar o seu papel é necessário ser honesta consigo e com o outro, ser detentora de um profundo auto-conhecimento e ter a capacidade de se assumir como é. Há medida que os diferentes papéis vão sendo assumidos e adaptados, enfermeira e cliente aprendem a aceitar-se e aos laços que fomentam a relação. Ao interpretar os diversos papeis a enfermeira encoraja o cliente a tornar-se parte ativa no seu processo terapêutica, analisa as fases da relação, identifica o grau de dependência do cliente e atua de acordo, (Simpson, 1992).

O autor ressalva ainda a importância das técnicas de comunicação que permitam o diálogo eficaz requerido na relação terapêutica. A escuta ativa constitui a base de uma relação produtiva, assim como a utilização de linguagem e a formulação de questões adequadas ao cliente em causa, contribuindo para a efetivação de uma relação de forma madura e significativa.

Peplau descreve ainda 4 experiências psicobiológicas: necessidades, frustração, conflito e ansiedade. Estas experiências fornecem energia, que é transformada em alguma forma de ação.

Frequentemente o cliente experiencia situações de mal-estar inexplicável que lhe provocam ansiedade, por vezes associado a sentimentos de culpa, medo, dúvida ou obsessões. Esta ansiedade pode ser convertida numa ação construtiva ou destrutiva consoante a compreensão e perceção dos elementos envolvidos na situação. O enfermeiro ao reconhecer as suas funções, está habilitada a compreender melhor a situação do cliente e em conjunto definem estratégias comuns que permitam ajudar a solucionar o problema, (Peplau,1990).

A autora refere que a prática e a teoria são ferramentas essenciais para que o enfermeiro integre o significado psicológico dos eventos.

Peplau identifica princípios e conceitos que dão suporte às relações interpessoais que se estabelecem na prática de enfermagem. Deste modo as situações de cuidados são transformadas em experiências de aprendizagem, contribuindo para o crescimento pessoal do profissional.

A autora realça que o papel do enfermeiro é “ajudar o doente a identificar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida”. (Alligood e Tomey, 2004, p. 428).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ESMP

O perfil das competências específicas comuns dos Enfermeiros Especialistas, definido pelo DR de 18 de fevereiro de 2011 fornece um enquadramento para a sua certificação.

O Enfermeiro Especialista deve possuir “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstraram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”. (DR, 2011, p. 8462).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria mobiliza na sua prática clínica, um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos que lhe permitem ser detentor de níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão.

3.1. Percurso e opções metodológicas

Ao iniciar este percurso efetuei pesquisa bibliográfica, e realizei uma revisão sistemática através dos motores de busca EBSCO Host e B'On, nas bases de dados científicas CHINAL with Full Text, MEDLINE with Full Text, e Nursing e Allied Health Collection Comprehensive. Também foi realizada uma revisão narrativa.

O meu objetivo foi encontrar evidência científica acerca da temática em estudo. As palavras-chaves foram: estratégias relacionais, doença oncológica e enfermagem, combinadas com a expressão booleana OR e AND. Como critérios de inclusão, recorri apenas a artigos científicos, compreendidos no período temporal entre 2003 e 2013, e todas as idades incluídas. Foram selecionados 7 artigos, dos quais ressalvo Vitek et al. (2007). Os autores realçam que o bem-estar das pessoas com doença oncológica é potenciado por intervenções focadas nas suas necessidades, devendo estas ser avaliadas por profissionais treinados.

Realizei uma pesquisa, sobre os diversos serviços de psiquiatria e oncologia existentes na área de Lisboa. Decidi realizar o levantamento no terreno das valências existentes, pelo que visitei vários contextos clínicos.

A finalidade destas visitas foi a de selecionar os locais de estágio que me permitissem desenvolver competências no sentido de dar resposta aos meus objetivos e que me auxiliassem no desenvolvimento do projeto.

Segundo Ruivo, et al (2010), o projeto é um plano de trabalho que se organiza com o objetivo de resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar.

A metodologia de projeto centra-se na resolução dos problemas, sendo que através dela, se adquirem capacidades e competências, pela elaboração e concretização de projetos em situações reais. O trabalho de projeto é uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada na investigação, (Nunes, 2007).

3.2. Objetivos dos Estágios

O objetivo geral dos estágios foi, adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista em ESMP, e desenvolver competências no âmbito da Relação de Ajuda e Relação Terapêutica, que me permitissem cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica em sofrimento psico-emocional.

Como objetivos específicos:

- ♦ Identificar as necessidades da pessoa com doença mental;
- ♦ Compreender a pessoa com doença mental;
- ♦ Identificar estratégias de intervenção na pessoa em sofrimento mental;
- ♦ Compreender como pode a Entrevista de Enfermagem constituir-se como um espaço terapêutico.

3.3. Caracterização dos locais de estágio

A escolha dos locais de estágio teve por base, serviços onde é dado especial ênfase à relação de ajuda e é efetuada entrevista de enfermagem neste âmbito.

Os estágios foram realizados num Hospital Central da Região de Lisboa. Os três serviços estão integrados no Departamento de Neurociências.

No decurso do estágio académico participei nas atividades realizadas pelas equipas dos três campos de estágio que integrei.

Desenvolvi diversas atividades como estagiária em Enfermagem em SMP, todas elas aprovadas pelas enfermeiras orientadoras, e sob a sua supervisão.

Nos três locais de estágio foram realizadas reuniões periódicas de acompanhamento e também reuniões para esclarecimento de dúvidas.

Concomitantemente ao trabalho em estágio, efetuei um trabalho de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, através de um pensamento reflexivo realizado através da escrita e da comunicação com os orientadores, representado também nos diários de aprendizagem, (Apêndice 1).

3.3.1. Breve abordagem do Hospital de Dia de Saúde Mental e Psiquiatria

O Hospital de Dia localiza-se no Piso 3 e funciona em regime ambulatorio. É um serviço de internamento a tempo parcial, que funciona de segunda a sexta-feira das 9 às 16 horas. Tem capacidade para 20 clientes.

Este estágio teve início a 30 de Setembro, tendo terminado a 6 de Dezembro de 2013, com um total de 290 horas.

A filosofia do serviço aposta não só na melhoria sintomática do cliente, mas também na sua reintegração socioprofissional. Pretende-se o retomar da vida ativa e o desenvolvimento de um projeto de autonomia sustentável. O projeto é definido com e pelo cliente e colocado em prática, sob a supervisão dos técnicos. Preconiza-se a efetiva integração no ambiente comunitário, favorecendo a manutenção das melhorias a médio e longo prazo, evitando recaídas.

Os clientes são maioritariamente jovens adultos desempregados, dependentes dos pais, pertencentes a um estatuto socioeconómico médio ou médio/baixo. Do ponto de vista nosológico constituem um grupo com patologias que incluem: quadros neuróticos e depressivos graves, sendo alguns com ideação suicida, perturbações esquizofrénicas e perturbações da personalidade. São, na generalidade, clientes com vidas de relação empobrecidas.

Estiveram internados neste período de estágio 18 clientes, com idades compreendidas entre os 17 e os 55 anos, com predomínio de jovens adultos do género feminino. Os diagnósticos mais frequentes são a Perturbação da Personalidade, quadros *borderline* (DSM-IV-TR).

O hospital de dia funciona de acordo com o modelo de intervenção multidisciplinar. Baseia-se no modelo de psicoterapia institucional (em contexto individual e grupal), em conceitos psicanalíticos e grupanalíticos, com o objetivo de promover a cura e/ou a melhoria sintomática. Pretende-se a reposição possível do equilíbrio da personalidade, procurando-se intervir na introdução de alterações mais profundas ao nível das estruturas psíquicas, que permitam uma modificação qualitativa a ser continuada no ambulatório, (Neto e Centeno, 2001).

São diversas as atividades que se desenvolvem no serviço, expõe-se o plano semanal de atividades, encontra-se em anexo, (Anexo1).

3.3.1.1. Do planeamento às intervenções terapêuticas desenvolvidas

No sentido de dar resposta ao meu projeto de estágio, desenvolvi várias atividades, técnicas e estratégias relacionais no contexto da relação de ajuda, nomeadamente a Entrevista de Enfermagem. Neste âmbito, propus-me realizar o acompanhamento de duas clientes como futura Enfermeira Especialista em ESMP.

Realizei a história e apreciação clínica das clientes. Utilizei a Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA para efetuar o levantamento dos diagnósticos de enfermagem. Utilizei a NOC para identificar os resultados esperados, e posteriormente determinei as intervenções a desenvolver, de acordo com a Classificação de Intervenções de Enfermagem da NIC.

As intervenções realizadas junto das clientes foram desenvolvidas em interação e no decorrer das entrevistas efetuadas, nunca deixando de ter presente a necessidade de criar uma relação que se constituísse em si uma relação terapêutica, foram mantidos sempre presentes os princípios nos quais a relação terapêutica encontra os seus alicerces, ou seja considerar cada cliente como único, respeitar os seus sentimentos; lutar para promover o bem-estar físico, emocional, social, e espiritual; estimular para participar da solução de problemas e de tomada de decisões e aceitar que cada cliente possua o potencial de crescimento e mudança, (Timby, 2001).

a) Entrevistas de enfermagem no contexto da relação de ajuda

Efetuei seis entrevistas de enfermagem às duas clientes, que acompanhei.

Apliquei o Inventário da Depressão de Beck, às clientes que acompanhei, no dia em que realizei a entrevista inicial e novamente no dia em que realizei a ultima entrevista às clientes.

A Sra. R. no primeiro inventário apresentou uma pontuação de 36, (Apêndice 2), sendo que na segunda aplicação da escala apresentava uma evolução positiva com uma pontuação de 33, (Apêndice 3).

Quanto à Sra. V., os resultados são sem dúvida mais favoráveis. Na primeira aplicação da escala registou uma pontuação de 17 (Apêndice 4) e na segunda de 14, (Apêndice 5).

Constatou-se uma evolução positiva na situação clinica das clientes. A abordagem terapêutica realizada pela equipa de saúde é de cariz psicodinâmico. Toda a equipa é envolvida no tratamento e cada membro tem um papel definido, são discutidas em equipa as estratégias a utilizar pelos diversos membros da equipa. Tudo é decidido em conjunto. É discutido até à exaustão o caso de cada cliente, e discutidas todas as hipóteses de abordagem terapêutica, antes de se chegar a um consenso.

Assim, realizei em primeira instância uma primeira entrevista inicial a cada uma das clientes, com o objetivo de recolher informações básicas e pertinentes, compreender a situação da cliente para posteriormente realizar o diagnóstico, o planeamento, as intervenções a ter em conta e os resultados esperados. Outro dos objetivos foi criar

uma aliança terapêutica que favorecesse a participação do cliente no seu processo de recuperação da saúde mental.

No decurso da interação com as clientes procurei auxiliá-las a identificar os seus sentimentos, favorecendo estratégias que lhes permitissem geri-los de forma mais eficaz.

Peplau (1990) realça que o cliente ao canalizar a energia derivada da ansiedade e tensão para a verbalização dos seus sentimentos está a reduzir a ansiedade a um nível tolerável.

Além das entrevistas de ajuda que efetuei às clientes, também efetuei entrevistas aos seus familiares, com o objetivo de proporcionar suporte emocional e apoio para a definição de estratégias conjuntas de resolução de problemas.

Tive inicialmente alguma dificuldade em estabelecer relação com uma das minhas clientes, por esta estar com frequência ausente do serviço. Segundo a cliente verbalizava, esta ausência devia-se a ter que tratar de alguns problemas familiares, embora na realidade se ficasse a dever à sua não adesão à terapia. A cliente encontrava-se numa fase em que não queria, “inconscientemente”, dar continuidade ao seu processo terapêutico. Apresentava-se esquivada ao contacto. Referia que estava tudo bem e não precisava de vir ao serviço. Vinha apenas buscar a medicação e ia embora em seguida.

Foi um desafio. Questionei-me com frequência, se este evitamento da cliente seria provocado por mim e discuti esta questão com a enfermeira que me orientou. Pude perceber que a cliente não se encontrava realmente comprometida com o seu processo terapêutico. Na interação com a cliente ficou evidente, nesta fase, que após uma sessão em que eram abordados os seus sentimentos de forma aprofundada, seguia-se um período de ausência do HD.

Foi-me difícil, nesta fase, dar à cliente o espaço de que ela necessitava para integrar as novas mudanças na sua vida, que ia ter que efetuar. Neste momento, a cliente não dispunha dos recursos internos necessários para o realizar.

Foi para mim um processo difícil de gerir. O meu desejo era que a cliente compreendesse a importância de estar realmente presente. Compreendi,

racionalmente, que tinha que respeitar o tempo da cliente, mas aceitá-lo, internamente, foi mais difícil do que inicialmente supunha.

O respeito integral pelo outro é na realidade uma questão difícil e problemática.

Coloquei no Apêndice 6 a descrição de uma entrevista de ajuda.

b) Análise e reflexão de uma intervenção

Ao iniciar a entrevista, a R. apresentava fáceis apático, postura ligeiramente curvada, cabelo despenteado, com humor deprimido, tristeza.

Lembro-me que ao terminar esta entrevista o meu sentimento dominante foi a frustração. Senti que não consegui ajudar, esta cliente. Agora, analisando friamente a interação, considero que a cliente assumiu uma postura de rigidez marcada, o que se pode considerar expectável face à sua situação e talvez por não ter entendido os objetivos da entrevista, ou por não ter ainda uma confiança estabelecida.

A cliente primeiro achava que não era necessário falar do seu problema e dos seus sentimentos, porque ninguém a podia ajudar. Manteve sempre uma postura de negação e de vitimização, referindo a sua falta de recursos internos para ultrapassar a situação.

O objetivo da entrevista era levar a cliente a tomar consciência da complexidade do problema, de que forma este a estava a afetar, quais os sentimentos experienciados e levá-la a procurar uma solução, não só para o problema, mas para o conseguir gerir, de forma a resolver o seu mal-estar e sentimento de impotência face à situação.

Nesta reflexão compreendi que numa fase inicial foi difícil para a cliente expor os seus sentimentos e falar dos seus problemas, talvez porque ainda não se tinha estabelecido uma relação de empatia e de confiança.

No entanto, Benjamin (1978) refere que a recuperação que o enfermeiro deve ajudar a promover, é aquela que o cliente seja capaz de construir, que seja significativa para ele e lhe permita agir no futuro com mais êxito enquanto pessoa.

De acordo com o mesmo autor existem três fases principais numa entrevista:

- ♦ A abertura ou colocação do problema – é identificada uma situação ou problema que motivou a entrevista e debatido. Nesta fase poderá ser identificada outra situação/problema considerado mais importante e que passará a ser o tema central a explorar;
- ♦ Desenvolvimento ou exploração – é o corpo da entrevista, procede-se à exploração da questão em conjunto (técnico e cliente). O técnico deve compreender e utilizar o silêncio, ele é necessário ao cliente: para que se situe, ausculte os seus sentimentos, reflita sobre a questão, avalie. O autor refere que o técnico deve cooperar com o cliente no sentido de “escutar e responder àquilo que ele diz e sente, capacitando-o a que se expresse completamente.” (pág.42);
- ♦ Encerramento – o cliente e em especial o técnico devem estar conscientes do final da entrevista. Nesta fase não deverá ser introduzido novo tema ou discutido, caso ele ocorra deverá ser marcada nova entrevista.

É importante clarificar que tipo de ajuda o cliente espera receber, que resultados espera da ajuda prestada, e clarificar a motivação do cliente para participar no seu processo de ajuda.

Chalifour (2008, p. 283) relembra que “estabelecendo um clima de confiança e de respeito recíprocos e utilizando as técnicas de comunicação apropriadas, o interveniente garante as bases de uma relação de ajuda profissional eficaz”.

Considero que consegui estabelecer ao longo das entrevistas um clima de confiança com a cliente apesar das dificuldades, incluindo eu ser um elemento estranho ao serviço e que estava de passagem, o que condiciona por si só, o estabelecer uma relação. No entanto consegui ultrapassar este obstáculo.

Como nos referem Guerra e Lima “o processo terapêutico só pode ser compreendido quando é paralelamente analisado com a atitude desenvolvida pelo terapeuta, o qual, tem de incluir genuinidade, empatia e aceitação incondicional.” (Guerra e Lima, 2005, p. 78).

Ressalvo que aceitação neste caso, não significa concordância absoluta, mas sim respeito incondicional.

Penso que consegui transmitir tranquilidade à cliente, procurei estabelecer um clima de confiança e à vontade, facilitador da relação. Procurei expressar-me com um tom de voz acolhedor e adotar uma postura disponível (estava atenta à minha postura e ao modo como ela poderia influenciar a cliente).

c) Outras atividades realizadas

Além da atividade acima descrita, desenvolvi várias intervenções com o objetivo de estabelecer relação terapêutica, não só com as clientes que acompanho, mas também com os restantes clientes do Hospital de Dia. Deste modo, realizei várias intervenções de cariz psicoterapêutico, a nível individual.

Os momentos de interação com o cliente promovem o estabelecer de uma relação de confiança facilitadora do estabelecimento da relação terapêutica. São fundamentais para a expressão de sentimentos, emoções e dificuldades sentidas pelo cliente. Comprovei que a escuta ativa é essencial para estabelecer o vínculo de confiança entre o cliente e o profissional, necessária para a efetivação do contrato terapêutico.

A identificação dos diagnósticos de enfermagem e a definição de estratégias conjuntas são essenciais, para a implementação da intervenção de enfermagem.

Durante a minha permanência no serviço, ocorreram algumas alterações no seu funcionamento, com a suspensão temporária de algumas atividades devido aos preparativos para a venda de natal. Habitualmente os clientes do HD organizam uma venda de natal. Cada cliente contribui com o seu trabalho e os materiais são fornecidos pelo HD.

Inicialmente senti alguma desilusão por ver suspensas algumas atividades grupais realizadas pelas enfermeiras. No entanto considero que esta ocorrência revelou-se bastante positiva e oportuna.

Neste espaço de tempo os clientes reuniam-se na Sala de Atividades sentados em redor da mesa. Alguns clientes propunham e realizavam trabalhos com satisfação,

outros manifestavam insatisfação e alegavam não ter habilidade para realizar nenhum tipo de trabalho. Revelou-se uma excelente oportunidade para estabelecer e desenvolver relações de confiança, e posteriormente relação terapêutica. Foi também fundamental para colocar em prática e aperfeiçoar técnicas de comunicação na relação de ajuda.

Frequentemente a cliente A. chegava tarde ao HD. Não intervinha nas diversas atividades. Apenas se encontrava presente. Durante a atividade de preparação das vendas de natal, sentava-se a um canto da sala afastada de todos. Isolava-se do grupo, com fôceis triste, ombros descaídos, aspeto descuidado, desviava o olhar, não falava, após muita insistência exprimia-se em tom baixo e com gaguez.

Senti necessidade de ajudar esta cliente. Inicialmente foi bastante difícil estabelecer relação. Mantinha postura esquiva. Continuei a insistir na interação acabando por ter resultados positivos. Delineei e implementei algumas estratégias com vista à sua integração no grupo, que foram eficazes.

Após estas intervenções, dei continuidade ao trabalho de autoconhecimento, através de um pensamento reflexivo. Descrevo em seguida a reflexão que efetuei após interação com uma cliente.

d) Descrição e reflexão de uma interação com uma cliente

A cliente estava a referir-me as suas dificuldades. Disse sentir muita dificuldade em sair da cama de manhã, que se sentia apática, deprimida e triste. Verbalizou sentimentos de falta de vontade, desânimo e medo, de entrar em contacto com a sua entidade patronal de modo a clarificar a sua situação profissional.

Procurei devolver-lhe as respostas e ao mesmo tempo dando-lhe reforço positivo. Colocaram-se algumas hipóteses a realizar, como sendo estabelecer metas. Por exemplo, estabelecer uma data para realizar o telefonema para o seu superior hierárquico no local de trabalho.

Não consegui que aceitasse nenhuma das hipóteses. Permaneceu pouco recetiva às mesmas. Continuou o seu discurso com o mesmo registo, verbalizando sentimentos de impotência e apatia.

Senti-me ambivalente em relação à situação. Cheguei a pensar que não tinha sido eficaz. Questionei-me acerca da minha intervenção e discuti-a com a enfermeira orientadora.

Senti nitidamente que a cliente não estava, de todo, a ouvir o que lhe era transmitido. Encontrava-se de tal modo focalizada nos seus sentimentos e no seu sofrimento, que não conseguia perceber e assimilar nada mais. Senti que tinha que ser dado um espaço à cliente. Estava ainda a negar a sua situação clínica.

Senti-me impotente. Questionei-me acerca da minha atuação, do meu discurso. O que poderia ter dito mais à cliente? De que modo? Percecionei que estava perante uma situação de identificação projetiva.

O conceito de identificação projetiva foi criado por 1946 por Mélanie Klein. Para esta autora, este mecanismo psíquico possui um significado predominantemente negativo.

De acordo com Klein, citada por Sandler (1989), identificação projetiva é um mecanismo de defesa que se expressa por um processo inconsciente, em que aspetos do próprio indivíduo são negados e atribuídos a outro. No indivíduo, partes da sua self ou dos objetos internos são clivados e projetados em objetos exteriores (noutra pessoa). Essa pessoa torna-se então possuída e controlada pelas partes projetadas identificando-se com elas. A pessoa sente-se controlada pelo indivíduo (Sandler, 1989).

A identificação projetiva tem uma dimensão interpessoal além do seu papel de mecanismo de defesa intrapsíquico. O indivíduo, ao projetar partes de si no outro, espera do outro compreensão e transformação do seu pensamento e emoção.

A identificação projetiva, forçando sentimentos no terapeuta, algumas vezes com o objetivo de o fazer desempenhar um papel, pode servir para um melhor entendimento do mundo interno inconsciente do indivíduo.

Outro autor, Zimmerman (1999), dá-nos uma visão mais alargada de identificação projetiva. Descreve-a como o processo, através do qual sentimentos pertinentes ao Eu (indivíduo) são projetados no Outro (terapeuta), criando um modo de ser entendido como “se fizesse parte do outro”. Esse mecanismo favorece os primórdios

da empatia, no entanto, se utilizado excessivamente leva à perda de identidade e perda de nitidez nas fronteiras que delimitam o Eu e o Outro. A ênfase não está no caráter defensivo da identificação projetiva, mas sim no seu potencial de comunicação.

O terapeuta deve estar preparado para receber as projeções do cliente, mantendo-se aberto e disponibilizando a sua mente para ser momentaneamente *invadida* por elas. Esta abertura coloca o terapeuta numa posição delicada. As identificações projetivas podem afetar a sua capacidade de pensar, paralisando-o. No entanto, o êxito técnico consiste em conseguir manter-se permeável e capaz de receber e compreender as projeções do cliente sem ser totalmente *invadido* por elas, (Zimerman, 1999).

A pesquisa bibliográfica que realizei auxiliou-me a clarificar e compreender a interação com a cliente.

Senti que a cliente *despejou* todas as suas frustrações e sentimentos negativos, fora dela. Senti-me subjugada por tanto negativismo. Foi-me difícil transmitir-lhe energia para que a cliente conseguisse sair da apatia e tristeza em que se encontra.

Ao descrever os seus problemas e sentimentos a Sra. R., apresentou alguns períodos de choro, os quais eu respeitei dando-lhe espaço para se exprimir.

No final da interação a cliente verbalizou sentir-se mais aliviada por ter partilhado os seus problemas. Disse-me ter decidido que iria tentar perceber como estava a sua situação profissional na empresa. Que em breve ia telefonar.

Referiu sentir-se menos angustiada. Por outro lado eu não me senti satisfeita. Apesar de tudo senti que a cliente tinha feito poucos progressos. Em várias situações consegui baixar o nível de ansiedade da Sra. R. Mas eu ambicionava ter conseguido mais. No entanto essa ambição era minha e não da cliente.

Outro dos objetivos do estágio foi, compreender como a Entrevista de Enfermagem poderia constituir-se como um espaço de crescimento ou terapêutico. Não tive oportunidade de assistir a uma entrevista de enfermagem. No entanto, assisti a uma

entrevista de avaliação de uma cliente proposta para internamento ambulatorio no serviço, (Apêndice 7).

Este estágio veio confirmar a minha percepção, já enraizada, da importância fundamental da Relação de Ajuda. Permitiu-me refletir e analisar sobre o modo como interagimos com os clientes. Tomei mais consciência da importância das pequenas *nuances* quando estamos em relação com o outro/cliente. Da importância de estarmos realmente com o outro e sermos autênticos na relação.

Para se estabelecer uma relação de ajuda é sem dúvida imprescindível compreender o outro, aceitá-lo incondicionalmente não fazendo juízos de valor, mesmo que não concordemos com as suas atitudes.

No decurso da minha vida profissional fui testemunha do que atrás referi, e pude comprová-lo aqui.

3.3.2. Breve abordagem do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Internamento II

O serviço de internamento situa-se no Piso 4. Este está dividido em 2 Alas, dispondo na totalidade de 29 camas de internamento em regime de “porta aberta”. Os clientes podem sair do serviço, mantendo-se dentro do espaço hospitalar, desde que devidamente acompanhados por um enfermeiro ou por um familiar durante a hora da visita. Excetuam-se os casos de internamento compulsivo ou indicação médica.

O estágio decorreu no período de 9 de Dezembro de 2013 a 7 de Fevereiro de 2014, com um total de 160 horas.

É um serviço de internamento no âmbito da psiquiatria geral, com a particularidade de ter urgência aberta ao exterior nas 24 Horas.

Segundo o Dec. Lei nº 37/2007 é proibido fumar dentro dos hospitais. No entanto, e devido à particularidade dos clientes, o serviço disponibiliza uma Sala de Fumo devidamente sinalizada e equipada de acordo com as regras de segurança. Esta sala é destinada exclusivamente aos clientes internados.

Na Ala I onde estão internados clientes em fase aguda de doença/perturbação psiquiátrica, sem predominância de género, com uma média de idade de 30 anos (entre os 17 e os 65 anos).

A assistência ao cliente inclui atividades de Terapia Ocupacional 2x por semana, ministradas por uma terapeuta ocupacional. Inclui o serviço médico e de enfermagem e ainda os serviços de 1 dietista, de 1 assistente social e de psicologia, incluindo várias psicólogas estagiárias.

A Ala II é destinada a clientes com distúrbios do comportamento alimentar, do género feminino, com média de idade de 14 anos (entre os 13 e os 50 anos), correspondendo a 50% dos clientes internados. Há uma equipa de saúde fixa que realiza o acompanhamento destes clientes. É composta por 3 psiquiatras, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 dietista e 1 terapeuta ocupacional.

A equipa de enfermagem e de assistentes operacionais é comum aos dois setores. No entanto existem alguns enfermeiros de referência que exercem funções maioritariamente no mesmo setor. Cerca de 40% dos enfermeiros são Especialistas em ESMP.

Tem a particularidade de possuir uma Unidade de Eletroconvulsivoterapia, que se encontra também aberta a clientes internados noutras instituições hospitalares.

Atividades Semanais:

- ♦ Sessões clínicas 1x por semana;
- ♦ Reunião clínica 1x por semana;
- ♦ Reunião do Grupo de Distúrbios do Comportamento Alimentar 1x por semana.

3.3.2.1. Do planeamento às intervenções terapêuticas desenvolvidas

Ao iniciar o estágio tentei fazer a minha integração no serviço, tentando conhecer a estrutura e dinâmica. Posteriormente efetuei em parceria com a enfermeira orientadora, uma reunião comunitária, com o objetivo de auscultar e sensibilizar as clientes acerca de atividades a desenvolver que respondessem às suas necessidades. O objetivo destas atividades é a criação de um espaço que promova

a partilha de sentimentos, conduzindo ao estabelecer da relação terapêutica fundamental para a recuperação da saúde mental do cliente.

Dando continuidade às sessões autónomas de enfermagem efetuei sessões de relaxamento em grupo, por considerar ser uma intervenção de enfermagem autónoma, favorável ao bem-estar. No final da sessão foi realizada a avaliação com partilha de experiências, sentimentos, emoções, medos e expectativas, o que considero essencial para o estabelecimento da relação terapêutica.

a) Sessões de Relaxamento

Saber como relaxar o corpo permite uma utilização mais eficaz da sua energia. Este método de relaxamento envolve os músculos. Ao criar e libertar tensão, aprendemos a adequar subtis sensações nos músculos, a reconhecer níveis de tensão e a libertar essa tensão, (Payne, 2003).

A tensão muscular está intimamente ligada ao estado de espírito. Os músculos que estão tensos sem necessidade aparente, refletem essa tensão na mente, se eliminarmos essa tensão muscular, sentimo-nos mentalmente mais calmos.

Ao realizarmos o relaxamento a tensão arterial e a frequência cardíaca diminuem, produzindo benefícios para os órgãos internos, e contribuindo para a melhoria da saúde física e mental, reduzindo a ansiedade de forma eficaz.

Neste contexto realizei 4 sessões de Relaxamento com a supervisão da enfermeira orientadora. Foi utilizada a técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson adaptada e ideação simbólica, (Apêndice 8).

Os objetivos das sessões foram: proporcionar um estado geral de relaxamento; diminuir sinais e sintomas de ansiedade; e promover o bem-estar.

b) Síntese das sessões de relaxamento

Apresento no quadro seguinte a descrição dos clientes intervenientes nas sessões de relaxamento realizadas.

Quadro 1 – Dados sociodemográficos dos clientes

Sessão		1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão
Género	Feminino	7	9	7	8
	Masculino	0	2	3	3
Média Idade (%)		41,1	29,7	31	31,2
Estado civil		Solteiro – 3 Casado – 2 Divorciado – 1 Viúvo – 1	Solteiro – 6 Casado – 3 Divorciado – 1 Viúvo – 1	Solteiro – 7 Casado – 2 Viúvo – 1	Solteiro – 6 Casado – 3 Divorciado – 1 Viúvo – 1
Escolaridade		4º Ano – 1 8º Ano – 2 9º Ano – 2 1ªA. Faculdade -1 C. Profissional – 1	4º Ano – 2 8º Ano – 1 9º Ano – 2 12º Ano – 4 1ªA. Faculdade -1 C. Profissional - 1	4º Ano – 2 8º Ano – 2 9º Ano – 3 12º Ano – 2 1ªA. Faculdade -1	4º Ano – 2 8º Ano – 3 9º Ano – 2 12º Ano – 3 C. Profissional - 1
Situação profissional		Estudante – 2 Desempregado -2 Reformado – 3	Estudante – 5 Desempregado -3 Reformado – 3	Estudante – 6 Desempregado -2 Reformado – 2	Estudante – 6 Desempregado -3 Reformado – 2
Diagnósticos médicos		Depressão Major – 5 Distúrbio Comportamento Alimentar – 2	Depressão Major – 5 Distúrbio Comportamento Alimentar – 5 Esquizofrenia paranoide – 1	Depressão Major – 2 Distúrbio Comportamento Alimentar – 7 Esquizofrenia paranoide – 1	Depressão Major – 2 Distúrbio Comportamento Alimentar – 7 Esquizofrenia paranoide – 2

Como se verifica pelo quadro acima os participantes que constituíam os grupos nas sessões foram variando ao longo das mesmas. Este facto justifica-se pelas características do serviço (ser um serviço de internamento de doentes em fase aguda, com internamentos curtos, excetuando-se alguns casos sociais e clientes com perturbação do comportamento alimentar).

A média de idades foi mais elevada na primeira sessão: apenas duas participantes, adolescentes com distúrbio do comportamento alimentar, e três participantes reformados devido à idade. Os diagnósticos médicos dos clientes foram: depressão major, distúrbio do comportamento alimentar e esquizofrenia paranoide.

A realçar que nenhum dos participantes se encontrava a exercer uma profissão à data do internamento, o que reflete a situação profissional dos clientes internados.

c) Avaliação das sessões

Foi aplicada a cada participante antes e depois das sessões, uma escala de avaliação analógica de Bem-estar com uma gradação de 0 a 6, adaptada da escala de avaliação da Dor (Escala das Faces), (Anexo 2).

Foi efetuada avaliação de cada sessão, segundo a mesma escala de tipo likert de 6 pontos. Os resultados da primeira sessão podem ser observados no quadro abaixo. Os das restantes sessões encontram-se no Apêndice 9.

Quadro 2 – Avaliação da 1ª sessão

Clientes		C	M	MC	T	M	L	P
Grau de Bem-Estar	Antes Sessão	5	3	5	3	1	1	3
	Após Sessão	4	3	4	2	2	3	1

Legenda: 0 – Máximo de Bem-estar; 1 – Bem-estar moderado; 2 – Bem-estar indiferente; 3 – Mal-estar acentuado; 4 – Mal-estar geral aumentado; 5 – Tristeza extrema e mal-estar.

Verificou-se que: uma cliente apresentou uma evolução positiva em termos de melhoria de bem-estar em 2 graus; três clientes apresentaram evolução positiva em 1 grau; uma cliente apresentou um agravamento em 1 grau, e outra cliente em dois graus; uma cliente manteve o mesmo grau de bem-estar.

A realçar duas clientes que verbalizaram sentirem-se mais relaxadas e descontraídas no final do relaxamento. No entanto após a sessão posicionaram-se em graus de bem-estar mais baixo do que antes de a iniciarem.

Os resultados globais das sessões serão apresentados no quadro seguinte.

Quadro 3 – Resultados globais de Bem-estar dos clientes após as sessões

Posicionamento dos clientes após as sessões (%)			
	Pior	Melhor	Igual
1ª Sessão	28,6	57,1	14,3
2ª Sessão	0	90,9	9,09
3ª Sessão	0	100	0
4ª Sessão	0	100	0

Considero que houve uma boa adesão às sessões de relaxamento com a participação dos clientes nas intervenções planeadas e realizadas.

Foi realizada avaliação do grupo após cada sessão, como se verifica no quadro acima. A generalidade dos clientes verbalizou uma evolução positiva.

Realço no entanto que no final da 1ª sessão, 28,6% dos clientes revelaram sentirem-se pior após a mesma. Considero a minha inexperiência um fator limitador e que terá influenciado negativamente os resultados. Foi a primeira sessão de relaxamento que realizei, sentia-me um pouco ansiosa e preocupada em cumprir os tempos estipulados de modo a não interferir nas restantes dinâmicas do serviço. A cliente M. referiu *“foi bom mas eu queria mais. Foi muito rápido”*.

No final das sessões, durante a partilha, solicitei ao grupo que verbalizassem o que estavam a sentir. A generalidade das clientes referiu (e pude perceber), sentirem-se mais relaxadas e com uma sensação de bem-estar acrescido. Referiram sentimentos de tranquilidade, paz interior e serenidade.

Considero que as sessões de relaxamento realizadas contribuíram fortemente para o estabelecimento da relação de confiança, essencial ao estabelecimento da relação terapêutica. Apesar de eu ser um elemento estranho ao serviço, e que não estava presente diariamente, os clientes solicitavam-me frequentemente com pedidos de ajuda.

c) Entrevistas de Ajuda

No seguimento do trabalho efetuado no estágio anterior, foram efetuadas várias entrevistas de ajuda com o objetivo de analisar os dados da Entrevista de Enfermagem e considerar esta como um espaço terapêutico. Pretendeu-se aperfeiçoar e desenvolver as técnicas de entrevista. A perfeição na entrevista é difícil de atingir, mas como refere Benjamin (1978, p.77) ” devemos ser sinceros, autênticos, congruentes, não apenas agindo, mas sendo.”

d) Estudo de caso

Realizei um estudo de caso. Efetuei uma entrevista inicial, para colheita de dados à cliente, e outra ao irmão que a cliente considera ser a pessoa significativa. Efetuei mais entrevistas para esclarecimento e compreensão da situação, bem como para prestar apoio emocional, definição de estratégias a adotar e metas a atingir no contexto da relação de ajuda.

É uma cliente do sexo feminino, com 40 anos de idade, natural de Torres Vedras, residente em Lisboa, nacionalidade Portuguesa, casada em segundas núpcias, atualmente desempregada, habilitações literárias 5º ano da Faculdade do Curso de Gestão, com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, Recorrente. Traços de Personalidade Cluster B. Vive atualmente com o marido e o filho de ambos. Tem mais dois filhos do primeiro casamento que vivem com o pai e com os quais tem dificuldade em estabelecer relação, culpabilizando-se por este facto. Refere que sempre foi “uma pessoa muito forte” embora com alguma dificuldade em estabelecer “amizades profundas”, com alguns períodos de depressão para os quais não vê justificativa porque segundo refere “sempre teve tudo”.

No entanto durante a realização das entrevistas foram identificadas situações traumáticas, algumas das quais a cliente não valorizou.

Ao longo do internamento a cliente foi tomando consciência dos seus problemas e dificuldades, passando a aceitar que se encontrava doente e necessitando de ajuda.

Foi um período difícil para a cliente, esta tomada de consciência das suas fragilidades e a aceitação das mesmas. Durante este período permaneci em

interação com a cliente, prestando apoio emocional, realizando uma escuta ativa e auxiliando-a a verbalizar os seus sentimentos e medos, e na identificação e definição de estratégias a adotar.

A cliente saiu com alta clínica (esteve 20 dias em internamento), verbalizando maior controle da sintomatologia depressiva, com menor labilidade emocional e ausência de ideação suicida. Irá continuar no ambulatório as sessões de psicoterapia que aqui iniciou.

Realizei a apresentação e discussão no serviço do estudo de caso, (Apêndice 10).

Ao terminar este estudo de caso, mais uma vez me apercebo da importância do contexto afetivo, familiar e social, no desenvolvimento e formação da personalidade da pessoa.

O desenvolvimento psicoafetivo e social marcado pela pouca disponibilidade dos pais para dar afeto e acompanhar o desenvolvimento dos filhos é um marco referencial em que a problemática da cliente se repercute, desse vazio afetivo, tristeza, anedonia e que ao longo do seu percurso de vida ganha significação.

e) Outras atividades realizadas

Ao longo do estágio e com o objetivo de compreender a pessoa com Doença Mental, integrei as diversas atividades aqui realizadas. Deste modo, participei numa reunião do comportamento alimentar, que me sensibilizou e após a qual integrei a real extensão desta problemática na saúde física e mental dos clientes, (Apêndice 10).

3.3.3. Breve abordagem da Unidade de Projeto

A Unidade de Projeto funciona no Piso 0, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas. É um serviço de internamento a tempo parcial, funcionando em regime ambulatório.

Este estágio decorreu entre 10 e 14 de Fevereiro de 2014, com um total de 40 horas.

O cliente é referenciado à Unidade de Projeto pelo seu psiquiatra assistente, após o que será sujeito a uma entrevista de seleção realizada por dois técnicos da unidade. É explicado ao cliente em que consiste a unidade e o que esta lhe poderá oferecer. O cliente reporta aos técnicos, a história da sua doença e o seu percurso de vida. A proposta de internamento é discutida na reunião de equipa e aceite apenas se houver unanimidade.

Está direcionada a clientes com Doença Psiquiátrica Crónica. Tem por objetivo construir com o cliente um projeto individualizado, articulando-o com a família e com o psiquiatra assistente. Pretende-se promover a autonomia do cliente.

Cada cliente tem atribuído um Técnico de Referência que efetua em parceria com o cliente, a gestão do seu projeto individual. O técnico efetua a articulação com a comunidade e realiza o acompanhamento da evolução clínica.

São diversas as atividades que se desenvolvem no serviço, expõe-se o plano semanal de atividades, encontra-se em anexo, (Anexo 3).

3.3.3.1. Do planeamento às Intervenções terapêuticas desenvolvidas

O objetivo deste estágio foi compreender a dinâmica do serviço de apoio à pessoa com doença mental. No decurso do estágio e em interação com os clientes da UP, testemunhei e percecionei o modo como a doença mental influencia a integração do indivíduo na sociedade.

O estigma associado à doença mental crónica continua a ter um peso considerável na nossa sociedade influenciando de forma negativa a recuperação da pessoa e aumentando o seu sofrimento. O estigma aumenta a angústia. Alguns clientes verbalizaram-me a discriminação de que se sentem alvo e as dificuldades acrescidas que esse facto acarreta, quando se candidatam a um emprego.

O Manual de Boas Práticas Canadianas em ESMP, aborda esta e outras questões pertinentes acerca da pessoa portadora de doença mental, nomeadamente “uma visão ampliada da equipa de saúde para incluir parcerias/relações colaborativas com os clientes e os seus sistemas de suporte natural, defesa e grupos de autoajuda.” (SPESM, 2009, p.9).

O cliente portador de doença mental crónica trava uma luta diária e continua para manter e/ou recuperar a sua saúde mental, torna-se dependente do enfermeiro que o assiste, necessita e valoriza a sua orientação. Todos os sucessos que o cliente alcança são elogiados e celebrados, e os insucessos trabalhados em terapia de grupo.

Participei em parceria com a enfermeira orientadora e outros técnicos em algumas atividades realizadas no serviço, (Apêndice 12).

3.4. Outras atividades extracurriculares realizadas

- ♦ Jornadas da Psiquiatria de Ligação e Psicossomática do Centro Hospitalar de São João, Porto, (Anexo 4).

Participei nas Jornadas realizadas a 31 de Maio de 2013 no Auditório de Investigação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Foram abordadas várias temáticas, nomeadamente: a psiquiatria de ligação e a psico-oncologia; a sexualidade em oncologia; a intervenção psicológica em doentes em unidades de cuidados paliativos; e as intervenções cognitivo comportamentais. A questão da infertilidade em oncologia e o seu impacto na vida do doente oncológico foi largamente discutida.

- ♦ XI Congresso Português de Psico-Oncologia, sob o tema viver após o cancro, (Anexo 5).

Participei neste congresso nos dias 11 e 12 de Outubro de 2013 no Hotel D. Luís, em Coimbra.

De entre as temáticas abordadas realço: o cuidado ao doente sobrevivente; a espiritualidade, a intimidade e sexualidade após o cancro; a dor, o sofrimento e a depressão; o impacto na gestão da incerteza; e o regresso ao quotidiano.

- ♦ Simpósio Cuidar da mulher com cancro da mama, intervenção multidisciplinar, (Anexo 6).

Particpei neste simpósio no dia 9 de Outubro de 2013 no Auditório do Hospital da Luz, em Lisboa. Foi debatida a gestão do impacto do diagnóstico e a comunicação de más notícias, a vulnerabilidade e a promoção de resiliência na família, assim como a promoção do bem-estar. Foi realçada a importância do uso terapêutico da arte como meio facilitador da expressão de emoções, um dos aspetos fundamentais no cuidar.

- ♦ XXI Encontro da Adolescência, do Núcleo de Estudos do Suicídio e no Workshop de Musicoterapia, (Anexo 7).

Particpei no encontro nos dias 28 e 29 de Novembro de 2013 no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Sinal de alerta para os riscos que corremos enquanto sociedade. Chamada de atenção para a necessidade de investimento nos afetos e criação de proximidades e entre as famílias, considerado um fator protetor de perturbação psiquiátrica.

A importância do acompanhamento do indivíduo ao longo do seu processo de desenvolvimento e crescimento para a sua formação enquanto pessoa.

- ♦ Curso de Perdas e Luto: suporte ao doente e família em situação de fim de vida, (Anexo 8).

Curso efetuado em Outubro e Novembro de 2013 no Centro de Formação do Centro Hospitalar Lisboa Norte em Lisboa com a duração de 40 horas.

No decorrer da sua situação de doença o cliente hemato-oncológico e a sua família enfrentam inúmeras perdas, as quais tenho testemunhado no desempenho da minha atividade profissional. Para alguns clientes e famílias, no final deste percurso surge a situação de final de vida.

Na hemato-oncologia realizamos algumas intervenções nesta área embora de forma não estruturada. Senti necessidade de aprofundar e estruturar conhecimentos nesta área que considero fundamental.

4. REFLEXÃO SOBRE OS CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO

Propus-me efetuar Entrevistas de Enfermagem no contexto da Relação de Ajuda, de modo a compreender como pode a entrevista de Enfermagem constituir-se como um espaço terapêutico.

As entrevistas iniciais que realizei, tiveram como objetivo conhecer a pessoa com doença mental de forma mais aprofundada, e identificar e compreender o seu processo de adoecer mental.

Após este processo, delineei estratégias de intervenção a implementar, com base nos diagnósticos de enfermagem que elegi como mais pertinentes.

Efetuei entrevistas no contexto da Relação de Ajuda. Nas diversas interações que fui realizando com os clientes do Hospital de Dia e do Serviço de Psiquiatria – Internamento II, apliquei e desenvolvi técnicas de Relação de Ajuda. Pude compreender e perceber a real importância da comunicação não-verbal neste contexto, que é, sem dúvida, um aspeto fundamental a ter em conta na Relação Terapêutica.

Foram estudadas e desenvolvidas estratégias relacionais a implementar na relação com o cliente, com o objetivo de adquirir competências que me permitam cuidar do cliente hemato-oncológico em sofrimento psico-emocional.

O cliente hemato-oncológico assim como o cliente com doença mental é portador de um grande sofrimento a nível psico-emocional, devido às características e condicionantes do seu processo de doença/tratamento e ao estigma que os envolve. Associado à sua doença de base são frequentes situações de co-morbilidade psiquiátrica, como a depressão e ansiedade.

Na relação de ajuda a ansiedade é reduzida e o nível de energia do cliente que recebe ajuda é aumentado. No entanto, a ajuda só será eficaz se o enfermeiro perceber que o cliente que recebe ajuda, possui recursos que lhe permitem resolver o problema. O papel do enfermeiro é orientar e assistir, nunca de decidir

pelo cliente ou resolver os seus problemas por ele. Ou seja, não oferecer à pessoa soluções prontas, mas antes orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos, acompanhando sempre a sua evolução. Esta abordagem de ajuda tem que passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente.

Compreendi e integrei, a importância de não ter pressa em dar respostas e soluções prontas. Na sua prática o enfermeiro especialista em ESMP compreende o cliente, respeita o silêncio, realiza uma escuta ativa, ajuda-o a expressar os seus sentimentos e delineia estratégias conjuntas que visem dar resposta às necessidades do cliente.

Foram realizadas intervenções de enfermagem autónomas, tais como técnicas de relaxamento que se revelaram bastante gratificantes na sua execução.

Ao realizar o balanço final dos estágios, considero que o caminho percorrido em termos de autoconhecimento foi estruturante, quer a nível profissional como pessoal. Foi por vezes um processo doloroso, em que me confrontei com as minhas próprias barreiras internas, algumas das quais não tinha consciência de possuir. Por tudo o que vivenciei considero que no HD, em termos de estratégias comunicacionais, atitudes, interação e intervenções de enfermagem com os clientes, as enfermeiras que aqui exercem funções efetuam um trabalho de excelência.

Devido ao que referi e também porque considerei benéfico para o meu crescimento e desenvolvimento enquanto enfermeira especialista em saúde mental, solicitei o prolongamento do estágio no HD em mais 40 horas, e consequente redução de 40 horas no estágio na UP. Coloquei a questão à apreciação da enfermeira orientadora, enfermeira chefe do serviço e professora doutora orientadora da ESEL que deram resposta positiva ao requerido.

Por último não posso deixar de agradecer às enfermeiras que realizaram a supervisão e me estimularam a questionar-me e superar-me diariamente. As reuniões informais e semanais em que discutíamos as intervenções realizadas, em que exprimi os meus sentimentos, foram extremamente importantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS DE FUTURO

De acordo com as competências definidas pela OE para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (2010) a aquisição de competências de autoconhecimento e tomada de consciência de si enquanto pessoa e profissional (competência F1), é uma das principais competências a atingir e desenvolver. Neste sentido ao longo do percurso de estágio fui realizando reflexões frequentes sobre o meu sentir e intervenções, enquanto futura enfermeira ESMP.

Considerarei o desenvolvimento das competências de relação e interação com o outro no contexto da relação terapêutica (competência F2 e F4), essenciais. A colheita de dados ao cliente e família bem como a avaliação do estado mental foram fundamentais para a identificação de diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação de intervenções a realizar, no sentido de ajudar o cliente a melhorar/recuperar a saúde mental.

As entrevistas de ajuda e as diversas interações de cariz psicoterapêutico e psicoeducativo realizadas com os clientes, tanto a nível individual como grupal, contribuíram fortemente para a formação/desenvolvimento das competências específicas enquanto futura enfermeira ESMP.

Os estudos de caso realizados consolidaram a tomada de consciência da real importância do percurso de vida, e do modo como esta influência e determina a saúde mental dos indivíduos.

A tomada de consciência de todos estes aspetos foi essencial para o meu crescimento pessoal e profissional.

Cada enfermeiro imprime no seu agir profissional, uma dinâmica de construção de si próprio e atendendo à existência dos outros.

A ponte entre a relação consigo e a existência social é tecida por muitos fatores, personalidade, experiência de vida e conhecimento, pelas virtudes e pelos valores. Assim, quando um enfermeiro age junto de um cliente, o seu agir reflete as suas

competências, capacidades, sensibilidade, virtudes e os seus valores. Os cuidados de enfermagem surgem como um ato humano, intencional, de uma pessoa para outra: são por isso ações deliberadas desde o planeamento até ao seu desempenho de tarefas e atividades que tem o Cuidar como ideal moral.

A empatia e a escuta ativa são ferramentas essenciais e utilizadas pelo enfermeiro na relação com o cliente. Como nos refere Rézette (2010, p.19) o enfermeiro deve “dar-lhe atenção e escutar o seu sofrimento, encontrando atitudes adequadas para o aliviar”.

Ao demonstrar empatia o enfermeiro está a comunicar/transmitir ao cliente que o aceita como um individuo em sofrimento, validando e valorizando os seus sentimentos e medos. É fundamental não julgar e não criticar, mas sim acolher o que o cliente transmite, demonstrando compreensão.

Compreender significa tentar “perceber o discurso latente por trás do discurso manifesto”, ou seja “não escutamos apenas o que é dito voluntariamente mas tentamos perceber a mensagem que se esconde atrás das palavras e que pode ser revelada através de uma atitude corporal, determinados gestos ou uma mimica específica,” (Rézette, 2010, p.41).

A mesma autora ressalva que “é importante permanecer numa relação justa, que não é a de evitação, mas que não busca nem a cumplicidade nem a intimidade com o individuo, com o intuito de não se deixar invadir pelo sofrimento do outro ou pelos seus receios,” (Rézette, 2010, p. 46).

A evidência científica demonstra-o, mas é a prática profissional que permite ao enfermeiro trabalhar e aperfeiçoar os aspetos acima descritos, essenciais na prestação de cuidados.

As situações e sentimentos vivenciados em contexto de estágio contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional. Permitiram experienciar a realidade e o sofrimento do cliente portador de doença mental, ainda estigmatizado pela sociedade, e os obstáculos com que se depara.

Assim como o cliente portador de doença mental, também o cliente hemato-oncológico é um ser humano fragilizado, com sonhos, planos e expectativas de vida colocadas em suspenso, o que contribui para a desesperança.

Moos e Schaefer citados por Ogden (1999) referem que a doença física pode ser considerada como uma crise por representar um ponto de viragem e mudança na vida do indivíduo.

Pelo acima referido considero importante e necessário a intervenção de enfermeiros especialistas em ESMP nos serviços de hemato-oncologia.

Considero a intervenção de enfermagem a este nível fundamental e determinante, ao cuidar o cliente.

O enfermeiro especialista em ESMP detém um conjunto de saberes e competências específicas que lhe permitem realizar intervenções de enfermagem autónomas, direcionadas para a prestação de cuidados de âmbito psico-emocional.

A SPH realiza uma Reunião Anual. Estive presente em 2013 e constatei com satisfação, que foi abordada pela primeira vez a questão dos aspetos psico-oncológicos do doente hemato-oncológico, os desafios que enfrenta, as respostas adaptativas ou não adaptativas e a intervenção de enfermagem neste contexto.

Importante pela troca de experiências entre os profissionais de saúde dos diversos serviços de hemato-oncologia do país. Esta partilha de experiências foi enriquecedora, deu visibilidade ao trabalho realizado nos diversos centros e contribuiu para a divulgação, discussão e uniformização dos cuidados prestados.

Considero a frequência do *Curso de Perdas e Luto: suporte ao doente e família em situação de fim de vida*, que efetuei como atividade extracurricular, uma mais-valia para o consolidar de conhecimentos e conceitos de sofrimento psico-emocional que o cliente hemato-oncológico vivencia. Esta consciencialização permitiu-me realizar intervenções de forma mais estruturada e dirigida.

Na fase inicial de formulação do projeto de estágio tive conhecimento da existência da Unidade de Psico-oncologia do Hospital de Santo António no Porto, a única no país, na qual exerce funções um enfermeiro especialista em ESMP. Após um primeiro contacto, propus-me realizar um estágio de observação extracurricular, o

qual por condicionantes do serviço não foi possível concretizar. Considerei este facto limitador para o meu percurso de aquisição de conhecimentos nesta área. No entanto pretendo efetuá-lo num futuro próximo.

O projeto de implementação da Entrevista de Enfermagem no contexto da relação de ajuda, no serviço de hemato-oncologia onde trabalho, está na fase inicial. Nesta primeira etapa está a ser instituída uma escala de avaliação de depressão e ansiedade, que considero uma ferramenta necessária para o despiste de potenciais problemas.

A recuperação de hábitos de vida e instituição de comportamentos e atitudes favorecedores e promotores da saúde mental é um dos compromissos do enfermeiro ESMP, que pretendo assumir no futuro.

Considero que a promoção da saúde mental da sociedade, não se resume a atitudes, comportamentos e intervenções de enfermagem, efetuadas nas instituições de saúde. Cabe ao enfermeiro ESMP intervir junto à sua família e vizinhos, alargando depois a sua atuação à restante sociedade civil, para que nos tornemos numa sociedade mais sadia.

A elaboração deste relatório revelou-se uma experiência muito gratificante e estruturante.

Considero a frequência deste curso e os estágios realizados muito enriquecedores a nível pessoal e profissional. O aporte teórico alcançado bem como as situações experienciadas permitiram a aquisição de conhecimentos e competências, favoreceram o sentimento de confiança e segurança, necessárias para continuar a trilhar o percurso profissional futuro com motivação e esperança renovados.

Sinto que sou hoje uma pessoa diferente, fruto de todas as vivências e reflexões que fui realizando diariamente de uma forma instintiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M.; May, B. (2000). Basic empathy in older adults: conceptualization, measurement, and application. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 375-386. Acedido em 29-06-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=f86c372e-7855-4392-9f95-a98349b81db3%40sessionmgr104&hid=119>
- Alligood, M.; Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.) DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arastirma, O. (2012). The Effect of Nursing Support Given to The Siblings and Mothers of Children with Chronic Hematologic-Oncologic Disease on the Anxiety Levels of the Siblings and Mothers. *HEMAR-G*, 1, 21-33. Acedido em 29-06-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=12&sid=f86c372e-7855-4392-9f95-a98349b81db3%40sessionmgr104&hid=25&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011544927>
- Barbosa, A; Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bayne et al (1998). *Counseling communication skills for medical & health practitioners*. Leischester: Arrowhead Books Limited.
- Blacker, S.; e Christ, G. (2006). The Helping Relationship: Beyond the Best Intentions. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1) 182. Acedido em 29-06-2013. Disponível em:

a98349b81db3%40sessionmgr104&hid=119&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=16430357

- Benjamin, A. (1978). *A Entrevista de Ajuda*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.
- Bulechek, G.; Dochterman, J. (2008). *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. (4ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, R. (2004). *Depressão: Perspectiva Psicodinâmica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. 1 Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção*. Vol.2. Loures: Lusodidacta.
- Craig, Robert J. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Decreto-Lei n.º 161/1996, *Diário da República I A Série*. (1996- 09-04) 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 129/2011. *Diário da República II Série*. 35 (2011-02-08) 8669-8673.
- Dias, M.; Durà, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.
- Ebsco Host: <http://web.ebscohost.com>
- Escola Superior De Enfermagem De Lisboa (2011). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, Referências Bibliografias e Citações: Norma APA*. Lisboa: ESEL.
- Gameiro, M. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Guerra, M.; Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Herdman, T. H. (2012). *NANDA International Nursing Diagnoses, Definition and Classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Justo, J. (2001). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In Dias e Durà (Coords) *Territórios da Psicologia Oncológica* (p. 51 – 73). Lisboa: Climepsi.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidata.
- Maas, M.; Moorhead, S; Johnson, M. (2008). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Mackinnon, R.; Yudofski, S. (1988). *A Avaliação Psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Lisboa: Paulos Editora.
- Morse, J. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Adv. Nursing Science*. 24 (1), 47-59.
- Morse, J. et al (2003). Identifying Signals of Suffering by Linking Verbal and Facial Cues. *Qualitative Health Research*. Vol. 13 (8), 1063-1077.
- Neto, I; Centeno, M. (2001). *Os grupos na instituição – Porquê? Para quem? Quando? Como?* Lisboa: Edições Zahar.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: OE.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Peplau, H. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Barcelona: Masson-Salvat.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Reynolds, W. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 226-234. Acedido em 29-06-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=f86c372e-7855-4392-9f95-a98349b81db3%40sessionmgr104&hid=119>
- Rézette, S. (2010). *Psicologia clinica em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Riley, J. (2012). *Communication in Nursing*. (7ª ed.) St. Louis: Elsevier Mosby.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Ruivo, M. ; et al (2010). *Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Lisboa: Percursos.
- Sandler, J. (1989). *Projeção, identificação, identificação projetiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. (2009). *Manual de Boas Práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica*. (B. Santos et al, Trad.). (3ª ed.). Porto: SPESM. (tradução do original do inglês Canadian Standards for Psychiatric-Mental Health Nursing, 2006).
- Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clinica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Simpson, H. (1992). *Peplau's Model in Action*. Londres: MacMillan Ltd.
- Thompson, J. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Timby, B. (2001). *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.

Trzepacz, P.; Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

World Health Organization (2008). *Responding to the challenge of cancer in Europe*. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia.

Yalom, I; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos – teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.

<http://www.psiquiatriageral.com.br/psicoterapia/melanie.html>

<http://www.apav.pt/lgbt/menudom.htm>

<http://www.onu.org.br/unase/sobre/situacao/>

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaud e/saude+mental/depressao.htm>

<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/10/mais-de-350-milhoes-sofrem-de-depressao-no-mundo-diz-oms.html>

www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

www.dgs.pt/directrizes.../orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx

<http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/3948>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Diário de Aprendizagem Nº 2

(Correspondente ao estágio no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental –
Internamento II)

Reflexão sobre o meu contacto com clientes com Distúrbios do Comportamento Alimentar

É o meu primeiro dia de estágio. Entrei apressada no Serviço de Psiquiatria. Já tinha estado a trabalhar de manhã no meu serviço, e agora vim para o estágio à tarde.

Dirigi-me à Sala de Trabalho de Enfermagem, e ao deslocar-me para lá, passei pela Sala de Refeições dos clientes da Ala II. Encontravam-se a lanchar. Cumprimentei-os. Algumas responderam-me, mas a maioria não o fez. Senti um ar “pesado” na sala. E pensei, *“cheguei na altura crítica – hora da refeição”*.

Nesta ala estão internados maioritariamente clientes com distúrbios do comportamento alimentar. Foi um dia de sensações novas.

Nunca tinha estado em contacto com pessoas portadoras desta patologia, exceto agora na faculdade, ao assistir ao testemunho de uma enfermeira recém-formada.

Senti-me perplexa. Pensei, *“como é possível que as pessoas se maltratem desta maneira. Se agridam. Anulem o seu corpo. É duma violência extrema contra si mesmo”*.

Estão extremamente emagrecidas, quase cadavéricas, têm um andar cambaleante, parece que vão cair a qualquer momento. Tem uma imagem distorcida do seu corpo. De como ele é na realidade.

Segundo Schilder (1994), a imagem corporal é a figura que formamos na nossa mente, do nosso próprio corpo, ou seja, é o modo como o corpo se nos apresenta.

Este fenómeno é bastante complexo. O autor acima citado refere a “...imagem corporal não é um fenómeno estático” (Schilder, 1994, p. 152), do ponto de vista fisiológico. Ela é um fenómeno complexo que é adquirido, construído e estruturado num contato contínuo com o mundo e com nós mesmos.

Ainda, de acordo com Schilder (1994), o processo de construção da Imagem Corporal está dividido em três aspetos que estão intimamente relacionados: os aspetos fisiológicos, emocionais e sociais.

Vários autores se têm debruçado sobre esta temática. Trata-se de um distúrbio grave e de difícil resolução. Os clientes portadores desta patologia enfrentam um desafio difícil, longo e com algumas recaídas ao longo do seu percurso.

Outro autor, Thompson (1996), refere que o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

- ♦ Perceptivo – que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso;
- ♦ Subjetivo – que envolve aspetos como satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada;
- ♦ Comportamental – que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo, por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

Racionalmente percebo estas patologias e compreendo os seus mecanismos. Mas custa-me a aceitar esta realidade. É-me difícil aceitar que adolescentes, que deveriam estar a viver a sua vida, na escola, com os amigos, estejam tão gravemente doentes ao ponto de necessitarem de internamento hospitalar.

Tenho plena consciência desta minha dificuldade em cuidar de crianças e adolescentes, em processo de doença. Sei-o e aceito-o. Reconheço-o como uma das minhas fragilidades, como ser humano que sou. À já largos anos, e apesar de ser um serviço de internamento de adultos, também eram internadas crianças para tratamento na unidade onde exerço funções. Estas crianças eram referenciadas pelo Serviço de Hematologia Pediátrica deste hospital, para serem submetidas a Transplante de Medula Óssea. Estes clientes necessitavam deste tipo de tratamento, e no serviço de pediatria não existiam as condições logísticas adequadas, nem o conhecimento científico para o realizar.

Foi a pior fase profissional da minha vida. Tenho muita dificuldade em aceitar e lidar com o sofrimento das crianças. Apesar de reconhecer que as crianças são “ótimos doentes”. Num momento estão a vomitar, mas no momento seguinte quando já passou, já estão outra vez bem-dispostos. Se estão com dores manifestam-se, choram ou ficam demasiado quietos, é-lhes administrada analgesia e depois parece que tudo passou. Tem grande facilidade em superar obstáculos. Ofereceram-me grandes lições de vida.

Foi uma fase muito complicada. Não tinha ainda desenvolvido mecanismos de coping, para gerir este tipo de situações.

Recordo-me que vim ao estágio, e num dia, na passagem de turno o colega referiu *“foi internada ontem uma doente, com distúrbio do comportamento alimentar, 13 anos, primeiro internamento”*. Senti um baque no coração. Pensei *“Meu Deus, tão nova, podia ser a C”*.

A C é a minha sobrinha e tem 14 anos. Agora, quando me apercebo, estou a submete-la a um interrogatório para me certificar de que está bem. No outro fim-de-semana veio cá a casa. Olhei para ela, avaliando logo se estava mais magra ou não, e o seu estado mental. E não se estava bonita. Depois pensei *“pára, deixa de projetar a tua vida profissional na tua vida pessoal. Relaxa”*. Mas por muito que nós saibamos, por vezes, é difícil separar.

Inicialmente também foi difícil estar com as clientes nas refeições. Senti-me desconfortável. Depois quando verificava que não tinham ingerido a refeição completa, chamava-lhes a atenção. Uma das clientes olhou para mim e disse-me a chorar *“eu não consigo enfermeira. Estou muito cheia”*. Ela ainda tinha metade da refeição no prato. O meu primeiro impulso foi abraçá-la e acalmá-la. Mas não estaria correto. A minha função é auxiliá-la no cumprimento do seu contrato terapêutico, e não ser “mãezinha” da cliente.

Depois senti-me manipulada. Senti que a cliente estava a tentar provocar em mim um sentimento de pena, de modo a que eu permitisse que a sua refeição terminasse naquela altura. Deste modo estava-se a vitimizar e desresponsabilizar, transferindo a responsabilidade pelo cumprimento e sucesso do seu contrato terapêutico para mim, enfermeira.

A maioria das clientes aqui internadas, já o está há algum tempo. Conhecem bem as enfermeiras, médicos e assistentes operacionais. Percebo, que algumas clientes identifiquem este espaço como um ambiente que as protege. No entanto também denoto alguma ambivalência da parte delas, em estar cá.

Compreendo isso. O sofrimento por que passam é muito grande. Necessitam de alguém que as compreenda, e que as ajude a identificar e clarificar o que realmente sentem. Que as auxilie a prosseguir com o seu contrato terapêutico.

O estabelecimento da relação terapêutica, é essencial para o tratamento e recuperação da saúde física e mental destas clientes. É imprescindível um clima de confiança, e estar verdadeiramente empenhada na relação.

Pude comprovar a aparente facilidade com que os enfermeiros do serviço estabelecem esta relação.

BIBLIOGRAFIA

Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Thompson, J. (1996). *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª Ed.). Rio de Mouro: Lusociência.

APÊNDICE 2

Inventário de Depressão de Beck
(aplicado à cliente R. no decurso da entrevista inicial)

Inventário de Depressão de Beck

Nome: R. V **Idade:** 48 **Estado Civil:** divorciada **Profissão:** administrativa (linha telefónica de apoio ao cliente) **Escolaridade:** 2º Ano Faculdade (Assistente Social)
Data de aplicação: 29/10/2013 **Pontuação:** 36

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|--|---|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. X | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). X |
| 2. | 7. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. X | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). X |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Eu odeio-me. |
| 3. | 8. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. X | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. X |
| | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. X

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo. X

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a). X

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. X

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de concretizar. X

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer.

2 Atualmente, choro o tempo todo. X

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa. X

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite. X

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg. X

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

- 13.
- 0 Tomo decisões como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. **X**
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

- 14.
- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. **X**
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
- 3 Considero-me feio(a).

- 15.
- 0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. **X**
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

- 16.
- 0 Durmo tão bem como habitualmente. **X**
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim **X** Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre. **X**

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual. **X**

Total: 36

APÊNDICE 3

Inventário de Depressão de Beck
(aplicado à cliente R. no decurso da entrevista final de ajuda)

Inventário de Depressão de Beck

Nome: R. V. **Idade:** 48 **Estado Civil:** divorciada **Profissão:** administrativa (linha telefónica de apoio ao cliente) **Escolaridade:** 2º Ano Faculdade (Assistente Social)
Data de aplicação: 13/11/2013 **Pontuação:** 33

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|--|---|
| 1. | 6. |
| 0 Não me sinto triste. | 0 Não me sinto que esteja a ser punido(a). |
| 1 Sinto-me triste. | 1 Sinto que posso ser punido(a). |
| 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. X | 2 Sinto que mereço ser punido(a). |
| 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar. | 3 Sinto que estou a ser punido(a). X |
| 2. | 7. |
| 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. | 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). |
| 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. X | 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). X |
| 2 Sinto que não tenho nada a esperar. | 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). |
| 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar. | 3 Eu odeio-me. |
| 3. | 8. |
| 0 Não me sinto fracassado(a). | 0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. X | 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| | 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. X |
| | 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |

2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.

3 Sinto que sou um completo fracasso.

4.

0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.

1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. **X**

2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.

3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5.

0 Não me sinto particularmente culpado(a).

1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.

2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. **X**

3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.

11.

0 Não me irrito mais do que costumava.

1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a). **X**

3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. **X**

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

9.

0 Não tenho qualquer ideia de me matar.

1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de concretizar. **X**

2 Gostaria de me matar.

3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

10.

0 Não costumo chorar mais do que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava fazer. **X**

2 Atualmente, choro o tempo todo.

3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

17.

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo. **X**

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

18.

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite. **X**

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg. **X**

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. **X**

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. **X**

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. **X**

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente. **X**

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim **X** Não _____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre. **X**

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual. **X**

Total: 33

APÊNDICE 4

Inventário de Depressão de Beck
(aplicado à cliente V. no decurso da entrevista inicial)

Inventário de Depressão de Beck

Nome: V. P. **Idade:** 35 **Estado Civil:** casada **Profissão:** administrativa num organismo pública (pertence ao Quadro) **Escolaridade:** 9º Ano de escolaridade

Data de aplicação: 11/11/2013 **Pontuação:** 17

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste. **X**

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. **X**

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a). **X**

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). **X**

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. **X**

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

- 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. **X**
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.
- 4.
- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. **X**
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
- 5.
- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. **X**
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.
- 11.
- 0 Não me irrito mais do que costumava. **X**
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
- 12.
- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. **X**
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
- 9.
- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de concretizar. **X**
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
- 10.
- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual. **X**
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
- 17.
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes. **X**
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter. **X**
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.
- 19.
- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. **X**
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.

13.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.

X

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou parecer velho(a) ou nada atraente X

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. X

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente. X

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim ___X___ Não ____

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. X

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual. X

Total: 17

APÊNDICE 5

Inventário de Depressão de Beck
(aplicado à cliente V. no decurso da entrevista final de ajuda)

Inventário de Depressão de Beck

Nome: V. P. **Idade:** 35 **Estado Civil:** casada **Profissão:** administrativa num organismo pública (pertence ao Quadro) **Escolaridade:** 9º Ano de escolaridade

Data de aplicação: 06/12/2013 **Pontuação:** 14

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Sinto-me triste. **X**

2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. **X**

1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.

2 Sinto que não tenho nada a esperar.

3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3.

0 Não me sinto fracassado(a).

6.

0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).

1 Sinto que posso ser punido(a). **X**

2 Sinto que mereço ser punido(a).

3 Sinto que estou a ser punido(a).

7.

0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). **X**

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

8.

0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.

1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. **X**

2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.

- 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. **X**
- 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
- 3 Sinto que sou um completo fracasso.
- 4.
- 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.
- 1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. **X**
- 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
- 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
- 5.
- 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
- 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. **X**
- 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.
- 11.
- 0 Não me irrito mais do que costumava. **X**
- 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
- 12.
- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. **X**
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
- 9.
- 0 Não tenho qualquer ideia de me matar. **X**
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de concretizar.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
- 10.
- 0 Não costumo chorar mais do que o habitual. **X**
- 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
- 2 Atualmente, choro o tempo todo.
- 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
- 17.
- 0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual. **X**
- 1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
- 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
- 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter. **X**
- 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
- 3 Perdi completamente o apetite.
- 19.
- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. **X**
- 1 Perdi mais de 2,5 kg.
- 2 Perdi mais de 5 kg.

13. 3 Perdi mais de 7,5 kg.

0 Tomo decisões como antes.

1 Adio as minhas decisões mais do que costumava. ☒ Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes. Sim ☒ Não ☐

3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

20.

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. ☒

14.

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

1 Preocupo-me porque estou parecer velho(a) ou nada atraente ☒

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente. 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a). 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

15.

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes. 21.

☒ 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. 2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho. 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual. ☒

16.

0 Durmo tão bem como habitualmente. ☒

1 Não durmo tão bem como costumava.

Total: 14

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

APÊNDICE 6

Descrição de uma entrevista de ajuda

(correspondente ao estágio no Hospital de Dia de Psiquiatria e Saúde Mental)

Descrição de uma entrevista de ajuda

A cliente desta entrevista, é a Sra. R. V., 48 anos, divorciada, uma das clientes que acompanho. A entrevista foi efetuada no dia 13/11/2013 cerca das 14 horas na sala de refeições deste serviço. Passo a descrevê-la:

Enfª – Bom dia R.! Como está hoje?

R. – Olhe como a Sra. Enfª vê ... (silêncio)

Enfª – Estou a ver que hoje está com um ar triste. Percebo que alguma coisa a deve estar a afligir. Posso ajudá-la?

R. – Não obrigado ninguém me pode ajudar ...

Enfª – Mas R., talvez fosse bom para si falar um pouco do que a aflige, não acha?

R. – Talvez ...

Enfª – Se quiser, podemos falar um pouco sobre o que se passa consigo. Pode ser?

R. – Pode ser ... mas ninguém me pode ajudar ...

Enfª – Pode ser um bocadinho mais especifica R.? Concretamente como se sente ...

R. – Sinto-me mal! Não tenho vontade para nada, não me apetece sair da cama ...

Enfª – Está-me a dizer que não lhe apetece sair da cama. Mas esta situação aconteceu hoje, ou já vem acontecendo há algum tempo?

R. – Já há algum tempo ... mas cada vez estou pior ... com menos vontade...

Enfª – E a R. já pensou porque é que isso acontece?

R. – Não sei ... só sei que não tenho vontade para nada ... tudo me custa. De manhã tenho que me levantar para dar o pequeno-almoço ao meu filho e é muito difícil.

Enfª – Mas apesar dessa dificuldade que sente, levanta-se. Isso é bom não lhe parece?

R. – Ohh ... eu a seguir deito-me logo ...

Enfª – Certo ... a seguir deita-se ... mas tem que pensar que apesar da dificuldade em se levantar, consegue-o!

R. – Pois está bem ... mas depois tenho que vir para cá. Custa-me horrores ter que sair da cama e vir para cá.

Enfª – Mas vem, não é? Isso é uma vitória! Apesar da dificuldade que sente, consegue superá-la e vir. Isso é ótimo! Foi capaz de ultrapassar o obstáculo!

R. – Está bem, mas eu não queria sentir-me assim ...

Enfª – Percebo R., compreende o que está a sentir, a sua preocupação ... mas a R. tem que pensar que apesar de tudo, consegue vir ao Hospital de Dia. Esforça-se e vem! Isso é uma grande vitória e deve encará-lo desta forma ... como uma coisa positiva ... e depois pode vir aqui buscar forças para ultrapassar outras dificuldades da sua vida. Concorda comigo?

R. – Pois ... se a enfermeira diz ...

Enfª – Está-me a responder com um ar de quem não acredita no que lhe estou a dizer ...

R. – Pois ... deixe lá, sei que me quer animar mas isto hoje tá difícil ...

Enfª – Pronto R. Quando achar necessário, procure-me. Estou disponível para falar consigo sempre que precisar.

APÊNDICE 7

Reflexão sobre uma entrevista de avaliação
(correspondente ao estágio no Hospital de Dia de Psiquiatria e Saúde Mental)

Reflexão sobre uma entrevista de avaliação de uma cliente proposta para internamento ambulatorio no hospital de dia

Estamos a 3 de Outubro de 2013, é quarta-feira e são 10 horas da manhã.

Hoje assisti pela primeira vez a uma entrevista a uma cliente, realizada pela equipa do Hospital de Dia de Psiquiatria. A médica assistente da cliente propôs o seu internamento neste serviço e como tal solicitou uma entrevista de avaliação.

A reunião teve lugar num gabinete do Hospital de Dia. Estavam presentes, a Dra. A. (Psiquiatra Sénior), 2 médicas internas de psiquiatria, 2 médicas estagiárias, a Dra. C. (Psicóloga Sénior), a Dra. B. (Psicóloga), a Dra. L. (médica que segue a cliente), a Enfermeira E. e eu própria.

A Dra. L. iniciou a reunião começando por nos falar da cliente explicando a necessidade da abordagem psicodinâmica no tratamento da mesma.

Em seguida a cliente (Sra. F) e a mãe (Sra. M), foram conduzidas à reunião pela enfermeira.

A entrevista foi conduzida pela Dra. C. que solicitou à cliente que nos falasse um pouco de si.

A cliente diz que se sente deprimida e que não consegue ultrapassar a depressão *“tem tido algumas dificuldades na vida”* e ainda *“sempre fui uma pessoa muito fechada”*. Neste ponto a Dra. C. perguntou à cliente: *“O que acha que poderíamos fazer? Como acha que a poderíamos ajudar?”*

A Sra. F. referiu que gostaria que a ajudassem a ultrapassar as ideias de morte que estão sempre na cabeça. Refere que estas ideias são *“o desejo de não estar cá e não propriamente o de morrer. Estou cansada de sofrer”*.

Refere ter sido traída pelos 2 namorados que teve, e que eles é que acabaram sempre a relação com ela. Com o primeiro namorado percebeu que estava a ser traída, mas preferiu não dizer nada com medo de ser abandonada, o que posteriormente acabou por ocorrer. Nesta altura, aos 22 anos, apresentou um episódio depressivo major reativo, após a rotura da relação com o 1º ex-namorado.

Estiveram 2 anos juntos. Estava a estudar na Faculdade mas ao mesmo tempo também trabalhava para ajudar a mãe que precisava. Abandonou os estudos nessa altura.

É muito dependente da mãe. O 2º namorado terminou a relação devido a esta dependência. Estiveram separados durante 6 meses. Neste período o namorado teve outra relação a qual a Sra. F. sentiu como uma traição, apesar de nesta altura não se encontrarem juntos. Entretanto reataram a relação e a cliente refere que lhe perdoou a traição.

A Dra. C. interpelou a cliente sobre a sua relação com a mãe. Refere que *“não falava com a minha mãe sobre os meus problemas”*. A mãe encontra-se a frequentar o Curso de Direito na faculdade.

De seguida a Dra. C. pediu à mãe para nos falar um pouco da filha e sobre como decorreu a sua infância. A mãe refere que sempre foi uma criança metida com ela mesma, sempre reservada. Sempre sossegada, boa aluna na escola, não tinha inimizades, mas também *“não andava metida na casa das colegas”*. Os aniversários da filha eram festejados em família, sem a presença de amigas em casa.

Em relação ao desenvolvimento infantil da filha, menciona que decorreu de forma normal. A gravidez e parto correram bem. Recorda que a filha deixou as fraldas aos 7 meses. Quando a Dra. A. a questiona sobre se não achou precoce deixar as fraldas nesta idade, refere que *“teve que ser”*. Na altura estavam a morar em São Tomé e lá existem poucos recursos e pouco dinheiro para os obter.

A Dra. A. questionou a Sra. F sobre a existência de acontecimentos traumáticos na infância. Relata que aos 11 anos descobriu por meio de uma carta que lhe foi enviada, que o seu pai, não era o seu pai biológico. Diz não saber quem lhe enviou a carta, mas supostamente foi escrita pelo seu pai que lhe dizia que a queria conhecer. Mostrou a carta ao padrasto que a rasgou à sua frente e a *“proibiu de falar sobre o assunto com alguém e lhe disse que o pai dela era ele”*. Em troca do seu silêncio ofereceu-lhe uma bicicleta.

A Dra. C. interpelou a Sra. F. acerca do que sentiu sobre o assunto, ao que a cliente refere que *“ficou feliz porque nunca tinha tido uma bicicleta”*. A Dra. C. perguntou à cliente porque é que acha que ficou feliz na altura. A cliente relata que apesar de já

estarem a viver em Portugal na altura, não tinha muitos brinquedos e por isso ficou feliz porque *“afinal todas as crianças gostam de brinquedos”*. Mais tarde falou com a mãe e dizendo-lhe que já sabia que o seu pai biológico estava em São Tomé e que o marido da mãe era apenas seu padrasto. Diz que ficou tudo bem.

De seguida a Dra. A. questionou a mãe sobre este assunto. A mãe refere que ficou muito aliviada com a descoberta da filha. Expõe que andava muito angustiada com este assunto e não sabia como o abordar.

Relata que a filha foi fruto de uma relação com um companheiro em São Tomé e que rapidamente terminou. Quando a filha tinha 2 anos casou com o atual marido de quem tem mais 2 filhos (1 filho e 1 filha). Tempos depois e ainda com os filhos pequenos vieram para Portugal à procura de melhores condições de vida. Há uns anos o marido voltou novamente para São Tomé e ela ficou cá com os 3 filhos. Raramente vê o marido, refere que *“as viagens são caras”*.

A Dra. A. questionou a cliente sobre as relações familiares. A Sra. F. relata que vive com a mãe, a irmã e o irmão e que se dão todos bem. Fala pouco com o irmão *“não tenho muito assunto”*, quanto à irmã *“ela é muito espevitada mas também é a mais nova”*. Refere ser muito introvertida e depois *“cada um tinha a sua vida”*. Antes de adoecer chegava a casa cansada e ia descansar para o quarto, pelo que também havia poucas oportunidades para conversarem. Expõe ainda, *“mas damo-nos todos bem, nunca discutimos”*.

A Dra. C. interpelou a cliente com uma última questão: *“o que gostaria de mudar, o que gostaria de alcançar com a sua vinda para o Hospital de Dia?”*

A cliente respondeu: *“gostaria de mudar a minha maneira, a minha estima por mim”*.

Neste ponto a Dra. C. deu a entrevista por terminada e pediu à Enfermeira E que acompanhasse a cliente e a mãe numa visita às instalações do serviço.

Eu fiquei no gabinete. A médica que segue a cliente realçou que a Sra. F. esteve recentemente internada na sequência de uma tentativa de suicídio. Referiu também que entretanto o pai biológico da cliente, faleceu de causas não esclarecidas, colocando-se a hipótese de suicídio. Esta notícia foi recebida com aparente tranquilidade e apatia pela cliente e pela mãe.

A equipa técnica decidiu que seria benéfico internar a cliente para tratamento em Hospital de Dia.

A Dra. A. informou a cliente e a mãe que o internamento tinha sido aceite pela equipa e perguntou à cliente se também aceitava o internamento, a qual concordou. Ficou acordado que seria internada para iniciar o seu tratamento, na 2ª feira seguinte.

Antes de assistir a esta entrevista não sabia bem o que esperar. Percebi que havia uma marcação para uma entrevista de avaliação/decisão acerca da pertinência do internamento de uma cliente em hospital de Dia e como tal pedi para assistir. Foi-me dito pela minha colega para não fazer perguntas.

No gabinete médico, os profissionais de saúde do Hospital de Dia sentaram-se todos em círculo à volta do gabinete com as cadeiras encostadas às paredes laterais. No topo do gabinete estava uma secretária, junto à qual se posicionaram as médicas que iriam conduzir a reunião. Ao pé da secretária, e voltadas para a audiência, foram colocadas 2 cadeiras (uma para a cliente e outra para a mãe). Foi-lhes pedido para entrarem.

Ao entrarem pararam um pouco, olharam uma para a outra e depois para todos nós. A Dra. C. incentivou-as a entrar e sentar. Fiquei com a sensação que não esperavam encontrar tantos profissionais. Senti vontade de as tranquilizar, de lhes assegurar que iria correr tudo bem, que podiam confiar.

Não sei o que sentiria no lugar delas. Provavelmente sentir-me-ia no mínimo intimidada! Ir para uma entrevista, e de repente perceber que vou ter que me expor perante toda uma plateia ... Não deve ter sido fácil.

No entanto, no decorrer da entrevista, percebi que na realidade estavam as duas doentes. Após a entrevista esta situação foi validada. A Dra. L. informou-nos que a mãe também anteriormente foi seguida na consulta por diagnóstico de depressão major.

Compreendi que a história e desorganização familiar, são fatores que contribuíram e precipitaram, para o desencadear do processo de doença da cliente. Estes fatores aliados a uma personalidade que me parece, numa primeira instância, passiva-

obsessiva, demonstram sem qualquer dúvida a necessidade da cliente se submeter a este tipo de tratamento.

Apesar de toda esta minha compreensão racional dos factos, não deixei de sentir naquele momento uma vontade de “abandar” a cliente. Falava sempre num tom monocórdio, com um ar apático, a achar sempre tudo normal na sua história de vida ... Irritou-me profundamente. Como era possível tanta superficialidade, tanta aceitação. Pergunto-me, como é que esta criança aceitou que o padrasto lhe rasgasse a carta que o pai lhe escreveu, em que lhe dizia querer conhecê-la, e ficou feliz e satisfeita com o suborno da bicicleta? Isto não é normal! Deveria ter feito no mínimo uma birra, queixa à mãe, ter tido um ataque histérico ... Ter sentido raiva e tê-la exprimido.

Ninguém é assim. A não ser que realmente esteja doente. E é por isso que ela aqui está. Para ser ajudada.

No decorrer de entrevista e enquanto ouvia a cliente e a mãe falarem, não pude deixar de pensar no quanto esta família está doente. Deve ser muito difícil manter a sanidade mental no meio de uma família doente.

Ao olhar para a mãe da cliente senti raiva e depois pena. Percebi que a senhora também está doente e há bastante tempo. Só assim se explica o modo como ela gere esta família. Esta família apenas vive na mesma casa, não vivem em comunhão uns com os outros.

No entanto tenho dificuldade em aceitar esta aparente inversão de papéis com a filha. A filha começa a trabalhar, apesar de estar a estudar na Faculdade, para ajudar a mãe nas despesas. Quando não aguenta o esforço, deixa a faculdade, porque tem que continuar a trabalhar. E a mãe está na faculdade a estudar direito.

Há aqui uma clara inversão de papéis. É suposto que primeiramente os pais ajudem os filhos na sua formação/educação e não o inverso. Fiquei estupefacta.

Depois fiquei zangada comigo mesma. Mas afinal que direito tenho eu de emitir juízos de valor sobre os atos e pensamentos dos outros? Não é suposto eu, enquanto profissional, aceitar o outro na sua totalidade sem questionar ou pôr em causa os seus hábitos e crenças? Perceber que por vezes as pessoas não agem da

forma dita normal porque estão doentes? Sim, este é o ideal mas algo difícil de alcançar.

Na realidade nem sempre controlamos o que pensamos, e muito menos o que sentimos. Cabe-nos apenas compreendermos porque o sentimos.

Após ter terminado esta entrevista pude confrontar-me novamente com o papel do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica. Nesta altura a enfermeira acompanha a cliente e família a visitar o serviço, e ao realiza-lo, dispõe de um momento privilegiado para dar início ao estabelecimento de uma relação de ajuda com a cliente e família.

Gostei bastante de assistir a esta entrevista. Percebi depois pela discussão que se seguiu à mesma, o empenho que aqueles profissionais demonstravam, para encontrar estratégias que melhor se adequem ao tratamento, antes mesmo do internamento da cliente.

APÊNDICE 8

Sessão de Relaxamento

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Internamento II

(Intervenção realizada a 17/01/2014 pelas 12 horas)

Sessão de relaxamento

A intervenção teve a duração de 1 hora. A fase inicial, o quebra-gelo, teve a duração de 15 minutos, a sessão de relaxamento 30 minutos e a partilha 15 minutos.

A sessão foi realizada na Sala de Refeições dos clientes. O material utilizado: roupa confortável, musica ambiente e cadeiras.

a) Caraterização do grupo alvo

O grupo é constituído por clientes com doença psiquiátrica, internados na Ala I e Ala II, deste serviço.

b) Objetivos

- ♦ Proporcionar um estado geral de relaxamento;
- ♦ Diminuir sinais e sintomas de ansiedade;
- ♦ Promover o bem-estar.

c) Avaliação

Foi aplicada a cada participante antes e depois da sessão, uma escala de avaliação analógica de Bem-estar com uma gradação de 0 a 6, adaptada da escala de avaliação da Dor (Escala das Faces). (Anexo 2)

d) Descrição da intervenção

1ª Parte – Quebra-gelo:

Os participantes são convidados a formar um círculo. Aleatoriamente é passada um objeto (“zebra”) entre os participantes. Quem estiver na posse da zebra, apresenta-se dizendo o nome por que gosta de ser chamado, se tem algum diminutivo e qual, e o que gosta de fazer nos tempos livres.

Em seguida pede-se aos participantes que circulem pela sala livremente ... Levantem os braços no ar ... estiquem os braços na direção do céu ... coloquem-se na ponta dos pés ... e descontraíam ... espreguicem-se ... deambulem pela sala ... cumprimentem as pessoas por quem passam ... apertem a mão ... sorriem ... deem os bons dias ... um abraço ...

Imaginem que é de manhã muito cedo, e estão a sair de casa para apanhar o autocarro... estar a caminhar na rua ... cheios de sono...andam devagar ... mas estão atrasados ... aceleram o passo ... e veem o autocarro a chegar à paragem ... mas vocês estão do outro lado da estrada ... junto à passadeira ... e o sinal está vermelho ... não podem passar ... o que é que fazem? ... Começam aos pulos tentando chamar a atenção do motorista ... agitam os braços ... ele não vos ouve ... assobiam ... chamam-no ... o sinal fica verde ... começam a atravessar a passadeira ... depressa ... mais depressa ... na vossa frente surge um senhor numa cadeira de rodas ...param, para não irem contra ele ... contornam o senhor na cadeira de rodas ... aceleram o passo ... chegam à paragem do autocarro ... dirigem-se ao autocarro, mas percebem que já está cheio ... veem uma paragem mais à frente ... correm para ela ... depressa ... quando lá chegam, percebem que esse autocarro não dá ... ficam desorientados ... poiem as mãos na cabeça ... caminham desalentados pela estrada ... de repente percebem que está a chegar o vosso autocarro à paragem atrás ... voltam para trás a correr ... chegam à paragem ... e entram no autocarro. Suspiram de alívio. Conseguiram...

2ª Parte – Relaxamento

Os participantes são convidados a sentarem-se em cadeiras, dispostas em círculo pela sala. É colocada música de fundo e dá-se início à sessão:

“Acomodem-se bem nas cadeiras ... coloquem-se o mais confortáveis possível ... descontraíam o corpo ... durante a próxima meia hora ... só vão pensar em vós mesmos ... Nenhum telemóvel vai tocar ... nenhuma campainha nos vai incomodar ... ninguém vos vai chamar...Pode ser que oiçam alguns sons ... sirenes ... buzinas ... vozes ...Fechem os olhos ... abstraíam-se delas ... pensem neles como sendo exteriores ao vosso mundo ... Desenhem um círculo imaginário à vossa volta ...

vocês estão dentro desse círculo ... pensem no interior desse círculo como sendo o vosso espaço ... o vosso mundo privado ... Sintam a segurança que ele vos transmite ... dirijam os vossos pensamentos para dentro de vós ...” (*tempo*)

“Mantenham os olhos fechados ... Concentrem-se na minha voz e vão seguindo as minhas instruções ...”

“Erga as sobrancelhas ... franza as sobrancelhas ... relaxe ... Feche os olhos com força ... olhe para a esquerda com os olhos fechados ... olhe para a direita com os olhos fechados ... olhe para cima com os olhos fechados ... relaxe ... olhe para baixo com os olhos fechados ... olhe para a frente com os olhos fechados ... relaxe ...” (inspirem ... expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Cerre a boca com firmeza ... abra a boca ... relaxe ... mostre os dentes ... cerre os lábios ... relaxe ... pressione a língua contra os dentes ... empurre a língua para trás ... relaxe ...” (inspirem ... e expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Vire a cabeça para a direita ... agora ... para a frente ... relaxe ... vire a cabeça para a direita ... novamente... em frente ... relaxe ...” (inspirem ... e expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Alongue o pulso, dobre a mão para trás ... flita o pulso, dobre a mão para a frente ... relaxe ... dobre o cotovelo ... estique o braço ... relaxe ... estique o braço ...” (inspirem ... e expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Contraia o abdómen ... alongue a coluna, arqueie ligeiramente para trás ... relaxe ... sinta a sua respiração ... empurre os ombros para trás ... relaxe ... cruze à frente o braço direito, colocando a mão no outro ombro ... cruze à frente o braço esquerdo, colocando a mão no outro ombro ... relaxe ... levante os ombros ... relaxe ...” (inspirem ... e expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Dobre o pé direito para cima ao nível da articulação do tornozelo ... dobre o pé para baixo ao nível da articulação do tornozelo ... relaxe ... (*repetir com o esquerdo*) ... dobre o joelho direito ... estique o joelho ... dobre o joelho, arrastando o pé no chão ...relaxe ... (*repetir com o esquerdo*) ...erga o joelho direito e dobre-o em direção ao peito ... relaxe ... alongue a perna, estique-a ao longo do chão ... (*repetir com o esquerdo*) ...” (inspirem ... e expirem) ... (*3 vezes e tempo*) ...

“Mantenham os olhos fechados ... Inspirem fundo uma vez E expirem ... (3 vezes) Relaxem ... deixem a vossa respiração retomar o ritmo normal ...”

“Vou-vos pedir que imaginem uma alga ... uma alga verde ... longa ... a flutuar no mar ... majestosa ... a pouca profundidade ... quase à superfície ... a boiar ... a oscilar ao sabor das ondas ... calmamente ... tranquilamente Para cima e para baixo dentro de água ... flutua ao sabor das correntes e vai mudando de forma ... enrola-se sobre si ... desenrola-se ... é puxada para o fundo do mar ... sobe à superfície ... estica-se ...”

“Agora peço-vos que se imaginem aquela alga ... vocês são aquela alga ... sintam o vosso corpo ... livre ... os braços e as pernas estendidos ... arrastados suavemente de um lado para o outro ... imaginam que passa uma onda por baixo de vocês ... ela carrega-vos tranquilamente... levanta-vos quando sobe ... baixa-vos quando desce ...mas fazendo-vos boiar sempre ... sentem-se em segurança ... acolhidos ... livres ... soltos ... sintam o vosso corpo entregar-se ao movimento da água ...” (inspirem ... expirem) ... (*tempo*)

“Agora peço-vos que voltem novamente à sala em que estão sentados ... comecem a tomar consciência da cadeira ... Gradualmente comecem a sentir-se conscientes do que vos rodeia ... Suavemente mexam os braços ... as pernas ... movimentem o tronco ...a coluna ... (*tempo*) ... Quando quiserem ...ao ritmo de cada um ... abram os olhos ... lentamente ... sentem-se ... olhem à vossa volta ... reconheçam o que vos rodeia ...”

“Deem ao vosso corpo o tempo necessário ... para se adaptar a esta passagem ... do estado de relaxamento ... para o estado de alerta.”

3ª Parte – Partilha

Claramente, no termino da sessão, a generalidade dos clientes posicionou-se mais próximo dos sentimentos positivos, que anteriormente à sessão de relaxamento.

Solicitei aos participantes que revelassem o que sentiam neste momento.

O cliente M referiu “*sinto-me em paz. Tranquilo*”, a cliente L disse “*eu senti-me mesmo dentro do mar. Eu era a deusa do mar, poderosa*”.

A cliente C disse *“estou mais tranquila. Hoje foi um dia difícil e aqui consegui acalmar-me. Relaxei mesmo e abstrai-me dos problemas. Sinto-me mais forte”*.

O cliente R referiu *“sinto-me bem. Senti-me outra vez uma alga no mar e foi muito bom. Estou calmo”*, sendo que a cliente T disse *“eu estou zen. Agora nada me afeta”*

A cliente M referiu *“consegui relaxar e não pensar em mais nada. Senti-me mesmo deitada naquela praia. Foi muito bom. Fiquei com uma grande sensação de paz e serenidade.”*

A cliente P verbalizou *“senti-me bem, e gostei muito das inspirações profundas”*, sendo que o cliente O disse *“sinto tranquilidade, uma sensação de paz e ao mesmo tempo força”*.

A cliente J disse que *“foi muito bom, mas queria ainda mais tempo de relaxamento. Sinto-me leve, embalada”*.

A cliente C M referiu *“quase dormi Sra. Enfermeira. Aliás eu até acho que passei pelas brasas. Quando é que volta a fazer?”*

A cliente G e o cliente N não se pronunciaram. Os clientes referiram que o sentimento predominante é tranquilidade e paz interior.

e) Análise e reflexão

Os clientes mostraram-se, desde o início da sessão, bastante entusiasmados e participativos. Como habitualmente vem ocorrendo.

Senti da parte de alguns clientes, que anteriormente tinham adotado uma postura mais rígida, que no decorrer desta sessão, houve um maior envolvimento nas atividades pedidas. Estiveram mais descontraídos e soltos, sem se deterem a observar as reações dos outros à sua prestação.

Compus para o quebra-gelo, uma história em que relatava uma saída de casa e as peripécias para apanhar o autocarro. Todos os clientes aderiram.

Uma das clientes, Cecília, a dada altura tentou controlar a situação. Eu tinha dito *“chegamos à passadeira, o sinal está vermelho então temos de parar”*. A cliente entendeu dizendo *“mas eu não quero parar. Eu passo com o sinal vermelho”*, ao que

eu respondi *“a história é minha e eu é que estou a conta-la. Aqui ninguém passa com sinal vermelho, paramos todos”*.

Senti que a cliente estava a querer protagonismo, e ser ela a dar as indicações do que faríamos e como. Não senti que fosse um ataque pessoal, ou uma invasão do meu espaço. Senti que a cliente queria assumir o poder do grupo. Comandá-lo, ser a protagonista.

Reconheci-lhe uma postura demonstrativa, teatral, intrusiva. Até porque, a cliente falou com uma postura arrogante e altiva. E senti-me divertida. Porque já estava à espera que a cliente tomasse uma atitude do género, em algum momento, durante uma atividade grupal. Consegui responder-lhe, sem ser agressiva.

Senti-me contente e descontraída. Esta tranquilidade aumentou o meu sentimento de confiança. E senti-me bem.

O meu plano inicial era realizar a sessão de relaxamento, com os participantes deitados em colchões. Devido a condicionantes de tempo, acabei por realizá-lo com os participantes sentados em cadeiras. Por ser mais rápida a arrumação da sala que seria necessária em seguida para realizar outra atividade.

Tive algum receio nesta tomada de decisão. Pensei que a posição de sentada, não seria tão confortável para os clientes. No final, dos 11 participantes, apenas 4 me referiram preferir o colchão.

Gostei bastante de realizar esta intervenção. Planeei-a ao pormenor, e não decorreu tudo como planeado. Surgiram algumas intercorrências, pelo que tive que fazer algumas adaptações à medida que surgiram.

Outro exemplo foi o texto do relaxamento. Tinha-o escrito para ser realizado em colchão, pelo que na hora em que estava a realizá-lo, tive que ir adaptando os movimentos à posição de sentado. Foi muito bom. Foi mais um momento de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Fica-me apenas um senão. Gostaria de ter tido mais tempo para aprofundar, no final, os sentimentos dos participantes. Acabei por fazê-lo depois, com alguns participantes, de forma individual. O que sinto ser um ponto positivo. Estas sessões são uma porta aberta para o estabelecimento da relação terapêutica.

APÊNDICE 9

Avaliação das sessões de relaxamento

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Internamento II

Avaliação da 2ª, 3ª e 4ª Sessões de relaxamento

Avaliação da 2ª sessão

Clientes		C	M	N	T	M	L	P	AF	R	CM	G
Grau de Bem-Estar	Antes Sessão	4	3	5	3	2	1	3	4	2	2	1
	Após Sessão	2	2	4	1	0	0	1	2	2	0	0

Avaliação da 3ª sessão

Clientes		G	AF	M	R	N	P	L	C	T	CM
Grau de Bem-Estar	Antes Sessão	3	3	2	2	2	2	1	4	3	3
	Após Sessão	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1

Avaliação da 4ª sessão

Clientes		N	M	C	T	M	P	L	J	R	CM	G
Grau de Bem-Estar	Antes Sessão	4	2	3	3	3	3	2	4	2	2	1
	Após Sessão	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Legenda:

- 0 – Máximo de Bem-estar;
- 1 – Bem-estar moderado;
- 2 – Bem-estar indiferente;
- 3 – Mal-estar acentuado;
- 4 – Mal-estar geral aumentado;
- 5 – Tristeza extrema e mal-estar.

APÊNDICE 10

Apresentação do estudo de caso em Power Point
(realizada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Internamento II)






4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
Internamento II
CHLN – Pólo Santa Maria

ESTUDO DE CASO
CUIDAR DA PESSOA COM DEPRESSÃO
MAJOR: UM SOFRIMENTO SEM FRONTEIRA

Aluna: Ana Paula Branco nº 4816
 Enfª Orientadora: Carla Temudo
 Docente: Prof. Dra. Francisca Manso

Lisboa, Fevereiro de 2014

OBJETIVOS


- Objetivo Geral:**
 - Adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista em ESMP.
- Objetivos Específicos:**
 - Compreender os processos do adoecer mental;
 - Analisar a história clínica de uma pessoa com depressão e desenvolver intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
 - Desenvolver a relação terapêutica.

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS - ESMP

- A capacidade do enfermeiro de se conhecer, entender e aceitar;
- A capacidade do enfermeiro de reconhecer e aceitar o que valoriza, e aprender a aceitar as singularidades e as diferenças nos outros;
- O uso terapêutico de si exige que o enfermeiro seja detentor de grande auto-conhecimento e auto-consciência com crenças bem definidas sobre a condição humana, a vida e a morte.

Travelbee, aborda a importância do uso terapêutico de si definindo-o como “a capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”.


(Townsend, 2011, p. 122)



RELAÇÃO DE AJUDA

- Carl Rogers (1985) define relação de ajuda como “uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”.

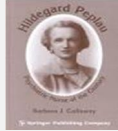
(Rogers, 1985 p. 43).


- Phaneuf (2005) considera que a relação de ajuda é uma relação particularmente significativa, que se instaura entre uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em os enfrentar sozinha, e um enfermeiro, que num dado momento, o ajuda a encará-los e a encontrar em si própria os recursos necessários para lhes fazer face.

(Phaneuf, 2005)
- Lazure (1994) ressalva que “toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a comunicação é relação de ajuda”.

(Lazure, 1994, p. 97)

PEPLAU TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS



- A Teoria de Peplau (1952) reflete um movimento da profissão de Enfermagem na procura da autonomia e dos limites de atuação face a outros profissionais.
- É centrada na relação enfermeiro/cliente.
- É composta por quatro fases independentes que ocorrem durante o tempo da relação e se vão sobrepondo:



PEPLAU PAPEL DO ENFERMEIRO



“Ajudar o doente a lembrar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, de modo a que a experiência possa ser integrada em vez de dissociada de outras experiências de vida.”

(Alligood e Tomey, 2004, p. 428)

PROJETO

Implementação de um Projeto de Intervenção:

Entrevista de Enfermagem no contexto da
Relação de Ajuda



Desenvolver técnicas e estratégias relacionais

ESTUDO DE CASO

PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR, RECORRENTE TRAÇOS DE PERSONALIDADE CLUSTER B



DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

O DSM IV classifica as Perturbações do Humor em:

- Perturbações Bipolares
- Perturbações Depressivas:
 - **Perturbação Depressiva Major:**
 - ★ Episódio Único
 - ★ **Recorrente**
 - Perturbação Distímica
 - Perturbação Depressiva NE

Diagnóstico Diferencial

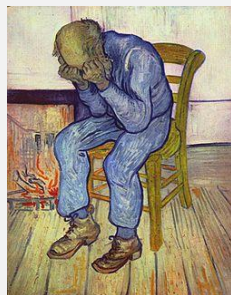
- Tristeza normal;
- Perturbação de ansiedade;
- Esquizofrenia;
- Síndromes cerebrais orgânicos.

Co morbidade com outras Perturbações

- Perturbação de ansiedade;
- Perturbação do comportamento alimentar;
- Abuso de substâncias e perturbação de personalidade.

DEFINIÇÃO

- “deve considerar-se uma depressão clínica quando existe uma clara dificuldade de adaptação à doença, e um estado de sofrimento evidente que interfere com a vida quotidiana do doente.”



Pintura realizada por Van Gogh (1890)

(Barbosa e Neto, 2006, p. 243)

SINTOMATOLOGIA

- A perturbação depressiva major caracteriza-se por, humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, nas suas atividades habituais. Ocorre perturbação no funcionamento social e ocupacional há pelo menos 2 semanas sem história de comportamento maníaco, sendo que os sintomas não podem ser atribuídos ao uso de substâncias ou a um estado físico geral.



(Townsend, 2011)

INCIDÊNCIA E PROBLEMÁTICA

- ❑ A incidência de depressão é maior em mulheres jovens sendo que tendencialmente diminui com a idade.
- ❑ Com os homens sucede o oposto.



Devido às diferenças nos papéis sociais de ambos os géneros, e às oportunidades sociais e económicas.

- ❑ Pessoas sem relações interpessoais próximas, divorciadas ou separadas, têm uma maior incidência de perturbação depressiva.
- ❑ Homens casados apresentam menos sintomatologia depressiva.
- ❑ Mulheres casadas e homens solteiros, apresentam maior sintomatologia depressiva.
- ❑ Fator sazonalidade, meteorológicos, variáveis sociodemográficas e bioquímicas.

(Sadock e Sadock, 2007)

INCIDÊNCIA E PROBLEMÁTICA

- ❑ A depressão é a doença psiquiátrica mais antiga e mais frequentemente diagnosticada.
- ❑ A depressão pode tornar-se, até 2020, a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos (Livro Verde obre a Saúde Mental)
- ❑ Segundo a OMS, 5% das pessoas no mundo, sofreram de Perturbação Depressiva no último ano. Em 2030 será a patologia mais comum à escala planetária.
- ❑ Segundo a Aliança Europeia Contra a Depressão, Portugal é o país da Europa com maior taxa de Depressão e o segundo maior em termos mundiais, ultrapassado apenas pelos Estados Unidos.
- ❑ A depressão afeta 20% da população portuguesa. É a principal causa de incapacidade e a segunda causa de perda de anos de vida saudável, de acordo com a Direção Geral de Saúde.



ETIOLOGIA

- ❑ Não é clara. É no entanto consensual que a suscetibilidade de um indivíduo à depressão, é influenciada por uma combinação de fatores de origens diversas.



- ❑ A influência dos fatores predisponentes, influências genéticas, desenvolvimento e personalidade do indivíduo, ambiente na infância, privação parental, ambiente familiar, ambiente social, eventos de vida e vulnerabilidade face aos obstáculos, e experiências anteriores, são fatores desencadeantes do desenvolvimento de Perturbação Depressiva no indivíduo.



mensurcados.com

História
Clínica
da
Cliente

IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTE

- Nome: C. V. L.
- Sexo : feminino
- Idade: 40 anos
- Naturalidade: Torres Vedras
- Nacionalidade: Portuguesa
- Residente em: Alvalade, Lisboa
- Estado Civil: casada em segundas núpcias
- Profissão: desempregada, a trabalhar na Segurança Social desde 5 de Novembro de 2013, ao abrigo do Programa de Apoio a Pessoas Desempregadas.



INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

- Refere ter tido uma infância e adolescência normal, sem sobressaltos.
- Os pais mantiveram-se ausentes durante o crescimento.
- Os avós paternos foram as figuras de referência durante o seu desenvolvimento.
- Tinham uma empregada em casa que cuidava das crianças, mas era sentida como amiga e não como educadora.
- É a irmã mais velha. Tem um irmão de 39 anos e uma irmã de 35 anos.
- Tomou a seu cargo a responsabilidade dos irmãos.
- Sempre foi muito responsável.
- Não desenvolveu amizades estreitas fora do ambiente familiar.
- Ainda hoje refere os seus amigos das férias de verão como os seus verdadeiros amigos. Ansiava pelas férias e que os iria finalmente reencontrar. Hoje não mantém contacto.



Percurso Escolar

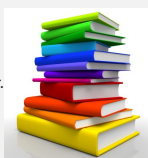
PERCURSO ESCOLAR

- No primeiro dia de aulas, a mãe acompanhou-a à escola. No entanto ficou ao portão da escola a vê-la entrar.
- No segundo dia foi a empregada doméstica que a levou, a partir do terceiro dia já ia sozinha para as aulas.
- Nunca fez grandes amizades com colegas de escola. Ia todos os dias almoçar a casa com 3 colegas, que convidava sempre para almoçar.
- Apesar disto, a relação que estabeleceram sempre foi muito superficial, nunca se estabelecendo grandes laços de amizade.



PERCURSO ESCOLAR

- Era uma aluna média. Interagia bem com os colegas e professores.
- Frequentou a escola em Torres Vedras, onde nasceu.
- No 12º Ano veio estudar para Lisboa para um colégio particular, com o objetivo de garantir a sua entrada na faculdade no curso que pretendia.
- Iniciou o Curso de Gestão na Universidade Autónoma, não o terminou. Faltam-lhe 6 cadeiras do 5º ano.
- Referiu desinteresse como motivo para o abandono escolar.



Percurso Profissional



PERCURSO PROFISSIONAL

- No 5º ano da faculdade, ficou com duas cadeiras por fazer. Começou a trabalhar no Lidl a tempo completo. Mudou-se para Lisboa.
- Rapidamente passou a Chefe de Caixa e depois a Chefe de Loja. Envolveu-se muito no trabalho, esteve um ano sem gozar férias. *“achava que tudo corria pior se não estivesse lá”*. Deixou de ir às aulas na faculdade.
- Pai convenceu-a a terminar o curso. Empregou-se nas suas lojas (móveis, eletrodomésticos, e decoração), em Torres Vedras, onde passou a residir.
- Não resultou. Desinteressou-se do curso, não se sentia realizadas nas lojas.



PERCURSO PROFISSIONAL

- Abriu uma loja de decoração e móveis em Torres Vedras e outra em Lisboa. Não resultou. *“não ganhava dinheiro suficiente como estava habituada”*.
- Foi trabalhar numa Agência Imobiliária. Não a satisfiz.
- Acessora Odontológica numa Clínica Dentária. *“o filho dos donos da clínica apercebeu-se das minhas qualidades e convidou-me para um projeto novo. Ele decidiu criar um novo conjunto de Clínicas Dentárias, a Oralmed. Estive neste projeto desde o início”*.
- Durante 4 anos fez a gestão da rede de clínicas. Foi despedida por incompatibilidades com a Diretora de Operações.

PERCURSO PROFISSIONAL

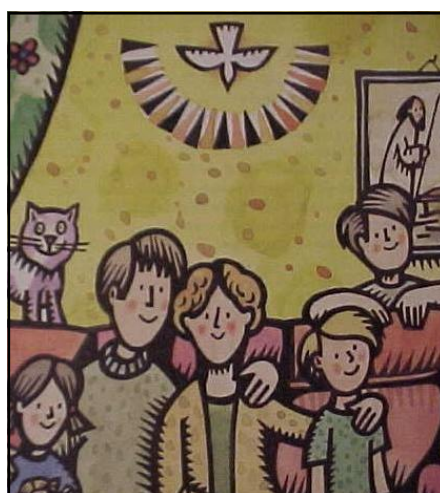
- Está desempregada à 2 anos. Recebe subsídio e aderiu em Novembro de 2013 ao Programa de Apoio a Pessoas Desempregadas.
- Trabalha na Segurança Social com um regime de 40 horas semanais.
- Realiza trabalho administrativo, que refere ser monótono e nada motivador. Diz que *“dá tempo para pensar em tudo”*.



Ocupação Dos Tempos Livres

OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES

- Não tem tempos livres.
- Sempre teve uma vida ocupada e preenchida. Em criança e adolescente, praticava natação, ginástica rítmica, ginástica desportiva, patinagem, basquetebol, pertencia a um Grupo de Jovens e frequentava a Catequese.
- Agora que está desempregada, começou a trabalhar na Segurança Social para ocupar o tempo. Sente-se melhor assim.
- Desde que começou a trabalhar, envolvia-se muito com o trabalho e não lhe sobrava tempo para si.



CONTEXTO Familiar

CONTEXTO FAMILIAR

- A primeira recordação é a da casa da avó paterna.
- Os pais tinham lojas de móveis e decoração e dedicavam-se muito ao trabalho. Não tinham férias.
- Tinham uma empregada doméstica interna que cuidava da casa e das crianças. Era afetuosa para a C. e para os irmãos, mas muito nova.
- As férias eram passadas em casa com a empregada ou com os avós paternos.
- Aos 9 anos da C. as férias eram passadas na Ericeira com a empregada na casa de férias que os pais compraram.

CONTEXTO FAMILIAR

- Tem uma relação distante com os pais. São muito formais e educados.

“não me lembro do pai me sentar ao colo ou de me dar um beijo”

“foi sempre uma pessoa muito fria, não me lembro de ela alguma vez me ter dado banho”

“não me lembro de alguma vez os meus pais terem ido a uma reunião escolar, minha ou dos meus irmãos”

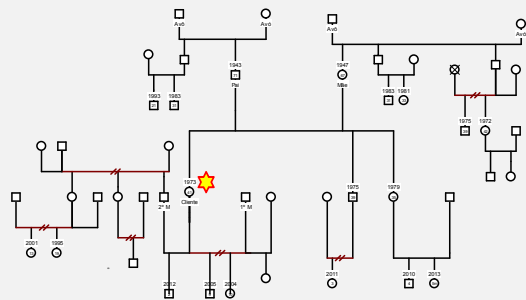


Vida Afetiva

VIDA AFETIVA

- Tem uma relação muito próxima com a empregada doméstica que cuidou dela na sua infância/adolescência. É madrinha da sua filha.
- Relação próxima e afetuosa com os irmãos.
- Teve um 1º casamento, que terminou à 6 anos. Esteve casada 4 anos. Resultaram 2 filhos: menina de 9 anos e menino de 8 anos.
- Casada há 3 anos em 2ª núpcias. Têm um bebé com 21 meses. Apesar de gostar do marido, não tem a vida com que sempre sonhou.
Não se sente realizada.

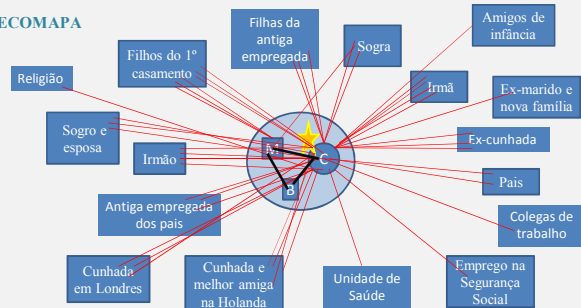
GENOGRAMA



Legenda:

- - Sexo Masculino
- - Sexo Feminino
- || - Divórcio
- - Casamento

ECOMAPA



- Vínculos moderados
- Vínculos superficiais
- Vínculos muito superficiais
- Vínculo muito forte

LEGENDA

- Vínculos fortes
- Homem □
- Mulher ○

Antecedentes de saúde

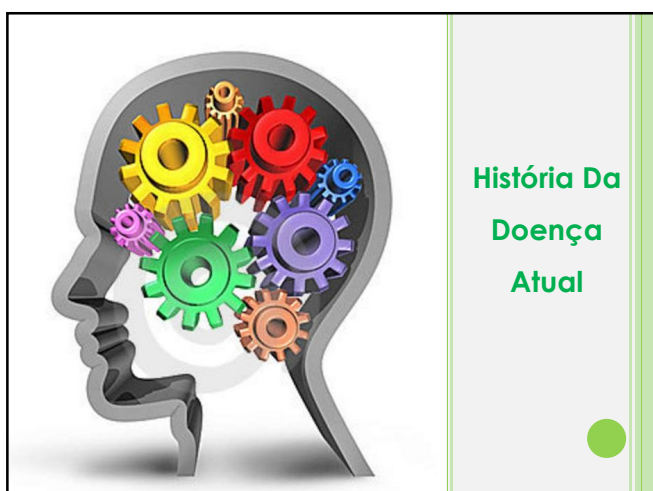
ANTECEDENTES DE SAÚDE

- Refere problemas digestivos desde a adolescência.
- Aos 24 anos foi-lhe diagnosticada Fibromialgia.
- Aos 32 anos consulta Gastroenterologia. Realizou endoscopia – resultado negativo.
- Engravidou 3 vezes, partos eutócicos. Tem três filhos. O mais novo com 21 meses.
- Nunca teve náuseas, alimentava-se bastante bem. Vomitava e dormia bastante. Mas achava que era próprio da gravidez. Durante a gravidez não engordou mais de 6 Kg.



ALIMENTAÇÃO

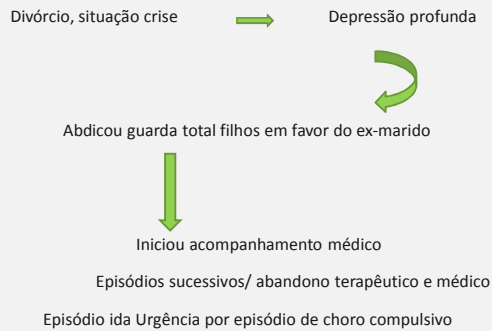
- ❑ Aos 22 anos começou a forçar o vômito após as refeições.
- ❑ "Fazia-o porque tinha dificuldade em realizar a digestão e ficava indisposta".SIC
- ❑ Admite que a gestão do peso sempre a preocupou. Nega restrições alimentares.
- ❑ Toma o pequeno-almoço e almoço bem. Não lancha.
- ❑ 3 vezes por semana provoca o vômito, para conseguir jantar. Segundo refere, não faz a digestão do almoço.



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- ❑ Aos 22 anos apresenta **hipersónia**. "*ficava a dormir e faltava a exames na faculdade, adormecia em reuniões da comissão de finalistas, em discotecas*".
- ❑ **Anedonia** - melhorou com início da vida profissional.
- ❑ **Ideação suicida**- Quando morava sozinha em Torres Vedras. Passava-lhe pela cabeça ideias de "*atirar-se pela janela abaixo*".
- ❑ Na Agência Imobiliária, frequentou Coaching Individual (objetivo de auxiliar os funcionários no processo de vendas) apercebeu-se que algo não estava bem consigo.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL



HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Abandonou consultas/ medicação com gravidez 3º filho. *“sempre bem”* gravidez e licença de parto.
- Setembro 2012 iniciou consulta de Psiquiatria Dra. Sónia Oliveira (H. Luz). Apresentava labilidade emocional, humor deprimido, angústia, ansiedade e dificuldades gerais na realização das tarefas do dia-a-dia. Iniciou medicação.
- Estava desempregada e com dificuldades financeiras. Apresentava hipersónia, tristeza profunda, angústia e anedonia. *“passava os dias na cama. O meu marido chegava e não estava nada feito”*.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Tentativa de suicídio - ingestão de 60 comprimidos (?) Entrou na Urgência do Hospital de Santa Maria a 28/11/2013.

Alta para consulta Dra. Sónia no Hospital da Luz.

Internada neste serviço 07/01/2014 na sequência consulta Dra. Sónia.

Proposto internamento por manter ideação suicida sem plano estruturado, e sintomatologia depressiva sem evolução positiva.

AValiação De Enfermagem EXAME DO ESTADO MENTAL

Aspeto e Atitude

- Apresentação e postura adequadas.
- Aspeto algo descuidado.
- Idade aparente igual à real.
- Contacto sintónico e cordial.
- Calma e colaborante.
- Dirige e fixa o olhar.

EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação e Consciência

- Orientada no tempo, espaço, pessoa, auto e alo psiquicamente.
- Alterações da consciência do corpo. *"estou muito gorda"*
- Sem outras alterações da consciência.



EXAME DO ESTADO MENTAL

Discurso e Linguagem

- Discurso fluido e coerente.
- Linguagem adequada.
- Tom de voz calmo e adequado.



EXAME DO ESTADO MENTAL

Cognição e Percepção

- Diminuição da concentração e memória recente.
- Raciocínio mantido.
- Sem alterações sensório-perceptivas.



EXAME DO ESTADO MENTAL

Pensamento

- Ideias sobrevalorizadas relativamente a ser constantemente injustiçada e ser detentora de doenças graves (fibromialgia).
- Mantém ideação suicida, sem plano estruturado.



EXAME DO ESTADO MENTAL

Humor e Afetos

- ❑ Humor deprimido.
- ❑ Pessimista, com sentimentos de auto desvalorização.
- ❑ Labilidade afetiva.
- ❑ Postura de defesa.

EXAME DO ESTADO MENTAL

Insight e Juízo Crítico

- ❑ Insight mantido.
- ❑ Juízo crítico parcial.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- ❑ Foi utilizada a taxonomia CIPE para o estabelecimento dos Diagnósticos de Enfermagem.
- ❑ Esta Classificação demonstra e valida a prática de Enfermagem.
- ❑ Permite a avaliação dos resultados através das respostas às intervenções de enfermagem implementadas.
- ❑ Possibilita a adequação das intervenções e individualizá-las ao cliente em causa.
- ❑ Tem também a vantagem de ser uma linguagem universal.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Alimentação Comprometida

- ❑ Assistir no autocuidado (alimentação).
- ❑ Aconselhar sobre alimentação saudável.
- ❑ Responsabilizar a cliente pela sua alimentação.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ansiedade em Grau Moderado

- Aliviar a ansiedade, disponibilizando presença.
- Incentivar à participação em sessões de relaxamento.
- Facilitar o trabalho relacionado à culpa.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Auto-estima Diminuída em Grau Moderado

- Aumentar a socialização e encorajar o humor.
- Disponibilizar suporte emocional, oferecendo apoio e encorajando e assistindo a C. a reconhecer e expressar os seus sentimentos.
- Auxiliar a cliente a identificar as consequências de não lidar com os seus sentimentos.
- Assistir a cliente a examinar as percepções irrealistas acerca de si, reconhecendo e valorizando os seus pontos positivos.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Baixo Risco de Tentativa de Suicídio

- Indagar acerca da existência de plano.
- Garantir ambiente seguro.
- Estabelecer relação de ajuda.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Insónia

- Educação para a saúde.
- Monitorizar adesão terapêutica.
- Realizar ensino sobre terapia de relaxamento.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Coping Ineficaz

- ❑ Auxiliar a cliente a reconhecer e aceitar as suas fragilidades.
- ❑ Incentivar a cliente a aceitar e otimizar o sistema de apoio social de que dispõe.
- ❑ Identificar e discutir com a cliente estratégias de coping.
- ❑ Apoiar tomada de decisão.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Acolhimento

- ❑ Efetuado o acolhimento à cliente segundo o protocolo do serviço.
- ❑ Realizada breve entrevista à cliente, com colheita de dados e auscultar expectativas face a internamento.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Entrevistas à cliente

- ❑ Efetuadas 2 entrevistas à cliente para recolher informações pertinentes acerca da cliente, motivo de internamento e história da sua doença.
- ❑ Criado um espaço para estabelecer relação, criando uma aliança terapêutica que favoreça a participação e compromisso da cliente com o seu processo terapêutico.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Entrevista ao Irmão

- ❑ O marido da C. nunca a apoiou. *"está a desajudar, ele acha que ela tem que ultrapassar o problema sozinha"*.
- ❑ A educação e o ambiente familiar de distanciamento, por parte dos pais, foi traumático e influenciou a formação da personalidade dos 3 irmãos.
- ❑ A C. adotou uma posição de distanciamento em relação às pessoas, apresentando muita dificuldade em estabelecer relações de proximidade com os outros.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Entrevistas de Ajuda

- Realizadas 2 entrevistas de ajuda no contexto de sessões individuais de âmbito psicoterapêutico.
- C. verbalizou os seus sentimentos em relação às dificuldades sentidas.
- Refere que ao fazê-lo começou a perceber algumas coisas em que nunca tinha pensado.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Acompanhamento nas Refeições

- Para despiste de alterações do comportamento alimentar (provoca o vômito algumas vezes por semana). Não foi observado, pelo que não se confirma que o realizou.
- Revelou postura desconfiada *“está-me a vigiar. Mas olhe que eu como tudo”*.
- Foi realizada educação para a saúde, a qual a cliente não integrou.

INTERVENÇÕES REALIZADAS

Incentivo à cliente para participação em sessões de Relaxamento

- Foram realizadas sessões de relaxamento. Na primeira sessão a cliente não se mostrou disposta a participar. Acabou por fazê-lo manifestando desconforto durante o mesmo.
- Nas sessões seguintes participou demonstrando satisfação em toda a atividade.
- No final das sessões verbalizou no grupo o que estava a sentir.
- Numa altura referiu *“relaxe, soube-me bem. Só é pena que agora acordei e os problemas voltam”*.

SITUAÇÃO ATUAL

- Alta clínica a 27/01/2014. Verbaliza maior controle da sintomatologia depressiva, com menor labilidade emocional, ausência de ideação suicida.
- Demonstra desejo de continuar no ambulatório com as sessões de psicoterapia, que iniciou no internamento com a Dra. Filipa Meneses. Já realizou a marcação.
- Tem consulta marcada com a Dra. Sónia, no Hospital da Luz a 11/02/2014.
- Está medicada com:
 - Venlafaxina 150 mg, po, ao Pequeno-almoço e Jantar;
 - Diazepam 5 mg, po, ao Pequeno-almoço, Almoço, Jantar;
 - Quetiapina 100 mg, po, ao deitar.

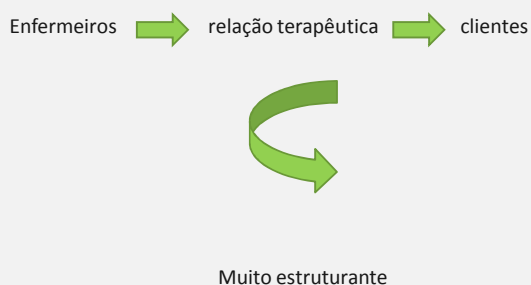
LIMITAÇÕES AO ESTUDO

- ❑ A minha falta de experiência. Apesar de ter preparado a entrevista para a colheita de dados, verifiquei que não colhi todos os dados necessários. Realizei nova entrevista.
- ❑ O local onde realizei a 2ª entrevista, não foi o adequado. Estávamos na sala de refeições dos doentes da Ala 1, com falta de privacidade e com várias interrupções por partes de outros doentes.
- ❑ Não foi realizada entrevista ao marido da cliente. O período de tempo disponível para a visita era curto, e desejava ocupá-lo exclusivamente na companhia da esposa.

BIBLIOGRAFIA

- ❑ Alligood, M.; Tomey, A. (2004) *Técnicas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição). Loures: Lusociência.
- ❑ Amaral, A. (2010) *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental, mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- ❑ Challifour, J. (2008) *A Intervenção Terapêutica, Volume 1 Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- ❑ Challifour, J. (2008) *A Intervenção Terapêutica, Volume 2 Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- ❑ Coelho, Rui (2004) *Depressão: Perspectiva Psicológica*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- ❑ Townsend, M. (2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª edição) Rio de Janeiro: Lusociência.
- ❑ <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriossaude/saude+mental/depressao.htm>
- ❑ <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/10/mais-de-350-milhoes-sofrem-de-depressao-no-mundo-diz-oms.html>
- ❑ www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO



CONTRIBUTOS DO ESTÁGIO

- ❑ Permitiu-me compreender as estratégias utilizadas e seguidamente **refletir** sobre as mesmas. Para se estabelecer uma relação de ajuda é sem dúvida imprescindível **compreender o outro, aceitá-lo incondicionalmente** não fazendo juízos de valor, mesmo que não concordemos com as suas atitudes.
- ❑ O enfermeiro deve adaptar-se às singularidades do cliente, **compreendendo-o e à sua história de vida**. Em seguida determinar e planear as intervenções a realizar, no sentido de dar resposta às suas necessidades, inquietações e medos.
- ❑ A tomada de consciência de todos estes aspetos foi essencial para o meu crescimento pessoal e profissional.
- ❑ Ao realizar o balanço final deste estágio, considero que o caminho percorrido em termos de autoconhecimento foi estruturante, quer a nível profissional como pessoal. Foi por vezes um processo doloroso, em que me confrontei com as minhas próprias barreiras internas, algumas das quais não tinha consciência de possuir.

APÊNDICE 11

Descrição e Reflexão sobre uma Reunião do Comportamento Alimentar

Descrição e reflexão sobre uma reunião do comportamento alimentar

Estamos a 17 de Dezembro de 2013. Estão presentes na reunião 2 médicas psiquiatras, 2 médicas em estágio de psiquiatria, 1 psicóloga, 1 dietista, 1 enfermeira e eu própria. Encontramo-nos todos sentados em círculo. A presidir à reunião encontra-se a Dra. J. (Psiquiatra), à sua direita a psicóloga Dra. L., a psiquiatra Dra. P., depois 3 cadeiras vagas, a Enfermeira P. (eu própria, em estágio da Especialidade de Saúde Mental), a Enfermeira A., a Dietista S., a Dra. M. (estagiária), a Dra. B (estagiária) e uma cadeira vaga reservada ao cliente.

O objetivo desta reunião é discutir os casos de todas as clientes internadas, a sua evolução clínica, os acontecimentos da semana anterior, as estratégias a adotar com cada cliente. Posteriormente as clientes são convidadas a estar presentes na reunião, de forma individual. Ocupam a cadeira deixada vaga junto à Dra. J. que preside à reunião. A cliente é convidada a exprimir as suas dificuldades e sentimentos em relação à semana anterior. São discutidas as questões e são definidos novos objetivos para a semana que se inicia, com o objetivo de dar resposta ao contrato terapêutico previamente estabelecido.

Nalguns casos é solicitado à família, pais e irmãos, que estejam presentes na reunião.

Foi o caso da cliente S. A equipa de saúde encontrava-se bastante satisfeita com os resultados alcançados pela cliente. Teve um aumento de peso de 1 Kg numa semana, tinha ido passar o fim-de-semana a casa e referiu que se sentiu bem, solicitou à mãe que confeccionasse alguns pratos e disfrutou deles com prazer e sem sentimentos de culpa. Depois foi chamada a família que também se mostrou satisfeita com a evolução positiva da cliente S.

No entanto a mãe da S. mostrou algumas reticências. Disse-nos que lhe parecia que a S. estava *demasiado bem*, achava que ela estaria de algum modo a *fingir* que estava a melhorar para ter alta e deixar de ser tão controlada. Demonstrou

preocupação e muito receio de que as suas suspeitas se confirmassem. Já por várias ocasiões no passado a S. tomou este tipo de atitude.

Depois da cliente e família terem saído da reunião, os técnicos também ficaram na expectativa em relação à cliente. Colocou-se a questão da cliente não estar verdadeiramente empenhada e estar, inconscientemente ou não, a tentar ludibriar-nos. Decidiu-se aguardar a evolução da situação e não dar alta clínica à cliente.

Senti-me ambivalente com a situação da cliente. Quando a S. começou a descrever que se sentia bem, tranquila, eu senti-me satisfeita e contente por ela estar a ficar melhor. Tinha conhecido a cliente na semana anterior quando iniciei este estágio, tendo estado dois dias, aqui, na Ala II.

O distúrbio do comportamento alimentar é uma situação muito complexa. A sociedade e a cultura têm uma grande influência sobre os comportamentos alimentares. Na realidade comer é uma atividade social. Frequentemente os eventos sociais mais importantes, são celebrados com a presença de alimentos: os festejos natalícios, de ano novo, casamentos, batizados, etc.

As pessoas portadoras deste distúrbio têm baixa auto-estima e imagem corporal alterada. São frequentemente manipuladoras. Sei que não posso acreditar em tudo o que a cliente diz.

Ao olhar para a cliente S. senti pena. Lembro-me de ter pensado, *mas como é possível que esta adolescente tenha adoecido desta maneira? Como é possível que se trate tão mal a si mesma? Que pensamentos têm dentro de si?* Senti-a frágil, e o meu primeiro impulso foi dar-lhe “colo”, de a proteger de si mesma. Mas é claro que assim não a estaria a ajudar. Mas foi o que senti.

Senti-me chocada com o caso de outra cliente. Habitualmente, como sabemos, as alterações do comportamento alimentar manifestam-se em jovens adolescentes, esta cliente a M. é uma das exceções à regra. Têm cerca de 50 anos e está internada há mês e meio.

Entrou na reunião com um fôlego triste, de ombros descaídos e andar cambaleante. Referiu logo à entrada, que não se sentia melhor, que precisava de ir passar o fim-de-semana a casa, que tinha que ir fazer as compras de natal para a família e que

tinha que ir passar o natal à terra. Apresentava postura e tom de voz agressivo. Senti logo que a cliente esperava uma resposta negativa às suas solicitações e resolveu adotar uma postura combativa e algo arrogante. Pensei para mim mesma, *realmente a melhor defesa é o ataque, mas já com esta atitude, isto não vai correr bem.*

Realmente assim foi. A Dra. J. confrontou de imediato a cliente com os seus fracassos. Continua a perder peso, não cumpre o programa terapêutico, portanto não lhe será dado nenhum voto de confiança. A M. começou com choro compulsivo, dizendo que *assim não aguento mais ... não consigo estar fechada ... isto é pior que uma prisão.*

Senti-me impotente e pensei *mas o que é que nós podemos fazer? Ela não se ajuda, nem aceita a nossa ajuda!* Realmente como é que podemos atuar para que a cliente percecionasse que está no caminho errado, que tem que mudar a sua forma de agir.

A Dra. J. começou a enumerar tudo o que a cliente fez de errado na última semana. Mas fê-lo com um tom de voz agressivo e com o corpo projetado para a frente, quase debruçada sobre a cliente. Fiquei chocada. O meu primeiro impulso foi o de me levantar e puxar a médica para traz na cadeira. Senti que a cliente estava a ser humilhada de forma deliberada. Senti-me muito desconfortável com isso e impotente. Depois a médica acrescentou de forma enfática *a continuar desta maneira você vai morrer, quer morrer é? Você não é uma adolescente como as outras clientes, é uma mulher adulta que sabe muito bem o que anda a fazer!* No imediato senti que a Dra. J. estava a ser desumana, violenta, senti revolta e inquietação.

Claro que no momento seguinte percebi a atitude da Dra. J. A médica pretendia que a cliente integrasse a realidade em que se encontra. Que conseguisse compreender o seu estado de saúde e os riscos efetivos em que se encontra, de modo a que mudasse de atitude e se compromettesse com o contrato terapêutico.

No entanto embora racionalmente o compreenda e concorde com a estratégia adotada, continuei a sentir-me desconfortável.

É imprescindível o estabelecimento de uma relação de confiança entre os técnicos e o cliente. A confiança é o alicerce de todo o programa terapêutico. Pude comprovar este facto no decurso desta reunião.

Considero esta reunião e a partilha que aqui é realizada, extremamente importante e indispensável para o sucesso do programa terapêutico dos clientes.

Com a participação nesta reunião, pude clarificar a real extensão do problema de saúde mental que estas clientes possuem.

APÊNDICE 12

Descrição de algumas atividades desenvolvidas na UP

Descrição de algumas atividades desenvolvidas

Unidade de Projeto

a) Montanha do Bem-Estar

Atividade realizada em parceria com a enfermeira orientadora. Estiveram presentes os clientes: R, J, E, S, F e P (6 clientes).

Dispomo-nos em círculo sentados em cadeiras, técnicos e clientes, de forma aleatória. Cada cliente desenha num quadro, numa escala de 1 a 10, como se sentiu na semana que está a terminar, em relação às vertentes: *Unidade de Projeto*, *casa* e *lá fora* (sendo este o mundo exterior).

Resultados dos sentimentos dos clientes na semana

Vertente Cliente	Unidade de projeto	Casa	Lá fora
R	5	5	1
J	6	6	0
E	7	4	0
S	6	6	0
F	6	6	0
P	7	6	0

A maioria dos clientes situou-se no nível 6, excepto na vertente *lá fora*, que foi considerado não existir.

b) Jogos

Atividade realizada em parceria com a enfermeira orientadora. Estiveram presentes os clientes: E, S, R e P (4 clientes).

Foi dado início à atividade com pouco entusiasmo da parte dos clientes. O cliente P apresentava uma postura algo tensa e inquieta, no entanto referia “*estar bem*” (sic).

O cliente E apresentava o rosto tenso e fechado, tendo-se inicialmente recusado a participar nos jogos. O cliente R não se manifestou e quando interpelado referiu que lhe era indiferente.

Apenas o cliente S manifestou satisfação, apresentando uma postura calma e adequada.

Durante a atividade os clientes foram gradualmente descontraindo e interagindo em grupo. No entanto o cliente E manteve uma postura de distância em relação aos restantes elementos do grupo.

c) Planeamento do Fim-de-semana

Atividade realizada em parceria com a terapeuta ocupacional. Estiveram presentes os clientes: R, J, E, S, F e P (6 clientes).

Os clientes J e P são novos no grupo, e nunca tinham estado nesta atividade. Ambos preencheram um formulário em que descreveram um fim-de-semana tipo, com a descrição de todas as atividades que habitualmente executam, com horários pormenorizados. Descrevem também as atividades que gostariam de efetuar.

Os outros clientes planearam por escrito o que iriam fazer no fim-de-semana.

Na segunda parte da atividade procedeu-se ao planeamento da refeição de 3ª feira. Neste dia os clientes realizam o almoço de grupo na Unidade. Na 6ª feira discutem e aprovam a ementa e fazem o planeamento das compras necessárias e distribuem as tarefas. Na 2ª feira à tarde cozinham a refeição.

ANEXOS

ANEXO 1

Plano semanal de atividades do HD de SMP

Plano Semanal de Atividades

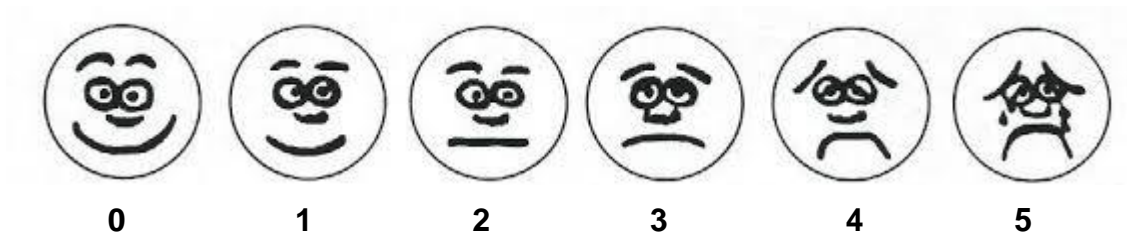
DIAS HORAS	2º FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
8h00 – 9h00	Reunião de passagem de turno (enfermeiras e terapeuta ocupacional)	Reunião de passagem de turno (enfermeiras e terapeuta ocupacional)	Reunião de passagem de turno (enfermeiras e terapeuta ocupacional)	Reunião de passagem de turno (enfermeiras e terapeuta ocupacional)	Reunião de passagem de turno (enfermeiras e terapeuta ocupacional)
9h00 – 10h30	Reflexão sobre o Fim-de-semana (terapeuta)	Reunião Clínica (psiquiatras, psicólogas e enfermeiras) e Dia do Mimo + Oficina de Arte (terapeuta)	Entrevista de Entrada (psiquiatras, psicólogas e enfermeira) Jogos Terapêuticos (terapeuta)	Oficina de Arte (terapeuta)	Planeamento do Fim-de-semana (terapeuta)
10h30 – 11h00	Intervalo	<i>alternando de 15/15 dias com:</i>	Intervalo	Intervalo	Intervalo
11h00 – 12h45	Grupo Terapêutico (psicólogos - técnicos)	Grupo Multifamiliar (psicólogos - técnicos)	Grupo Terapêutico (psicólogos - técnicos)	Musicoterapia (terapeuta) e Oficina de Arte (terapeuta)	Grupo Terapêutico (psicólogos - técnicos)
13h00 – 14h30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14h30 – 16h00	Painel (enfermeira e terapeuta)	Treino Cognitivo (enfermeira e terapeuta)	Treino Cognitivo (enfermeira e terapeuta)	Movimento e Relaxamento (enfermeira e terapeuta)	Tempo Livre

ANEXO 2

Escala de Bem-estar

Escala de Bem-estar

(Adaptada da escala analógica de avaliação da Dor – Escala das Faces)



Legenda:

0 – Máximo de Bem-estar

1 – Bem-estar moderado

2 – Bem-estar indiferente

3 – Mal-estar acentuado

4 – Mal-estar geral aumentado

5 – Tristeza extrema e mal-estar

ANEXO 3

Plano semanal de atividades da Unidade de Projeto

Plano Semanal de Atividades

DIAS HORAS	2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ª FEIRA	6ª FEIRA
9h00 – 9h30	Acolhimento + Plano Individual de adesão terapêutica (enfermeira)	Acolhimento + Plano Individual de adesão terapêutica (enfermeira)	Acolhimento + Plano Individual de adesão terapêutica (enfermeira)	Acolhimento + Plano Individual de adesão terapêutica (enfermeira)	Acolhimento + Plano Individual de adesão terapêutica (enfermeira)
9h30	Avaliação do Fim-de semana (terapeuta ocupacional)	Trabalho de Grupo (enfermeira)	Atividade desportiva no campo universitário (enfermeira)O u Jogos	Atividade Livre	Montanha do Bem-Estar (enfermeira)
11h – 12h45	Treino de Competências Sociais (psicóloga)	Treino de Competências Sociais (psicóloga)		Psicoeducação (psiquiatra)	Grupo (psiquiatra e psicóloga)
12h45 – 14h	Almoço individual	Almoço de Grupo	Almoço no refeitório do hospital (técnico)	Atividades individuais relacionadas com o projeto	Almoço no refeitório do hospital (técnico)
14h – 15h30	Atividades da vida diária (terapeuta ocupacional)	Movimento e relaxamento (enfermeira)	Debate (enfermeira)		Planeamento do Fim-de-semana (terapeuta ocupacional)

ANEXO 4

Certificado de participação nas Jornadas da Psiquiatria de Ligação e Psicossomática
do Centro Hospitalar de São João, Porto



SÃO JOÃO

PORTO

MUNICÍPIO DE PORTO

Jornadas de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática

Certificado de Presença

A Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João certifica que

ANA PAULA LEITÃO JORGES BRANCO

participou nas Jornadas de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática que tiveram lugar no dia
31 de maio de 2013, no Auditório do Centro de Investigação Médica da FMUP.

Porto e Centro Hospitalar de São João, E.P.E., 31 de maio de 2013.

Dr. António Raimundo Torres
Diretor do Centro de Psiquiatria e Saúde Mental
do Centro Hospitalar de São João

Prof. Doutor Rui Coelho
Coordenação do Instituto de Psiquiatria de Ligação e Clínica
de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João
e Professor de Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP

ANEXO 5

Certificado de participação no XI Congresso Português de Psico-Oncologia, sob o
tema viver após o cancro

ACADEMIA PORTUGUESA DE



PSIQUIATRIA

**XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE
PSICO-ONCOLOGIA**

"Viver após o Câncer"

11 e 12 Outubro 2013

Hotel D. Luís - Coimbra



DIPLOMA

Certifica-se que

Alex Paula Branco

Participou no XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE PSICO-ONCOLOGIA – "VIVER APÓS O CÂNCER" – realizado nos dias 11 e 12 de Outubro de 2013, no Hotel D. Luís – Coimbra.

Coimbra, 12 de Outubro de 2013

Pe'la Comissão Organizadora

Emília Albuquerque

Dra. Emília Albuquerque

ANEXO 6

Certificado de participação no Simpósio Cuidar da mulher com cancro da mama,
intervenção multidisciplinar

Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Paula Leitão Jorge Branco, natural de Mafra, nascida/a a 07/07/1966, nacionalidade Portuguesa, portador do Cartão do Cidadão Nº 07384460 8 ZZ1 válido até 21/12/2016, participou no Curso de Formação Profissional Simpósio Cuidar da Mulher com cancro da mama: intervenção multidisciplinar que decorreu em 09/10/2013 na Hospital da Luz com a duração total de 6 horas.

Lisboa, 09 de Outubro de 2013

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas para a Vida

Associação para o
Desenvolvimento de Novas
Iniciativas para a Vida
NIPC 2008 0013 301

(Assinatura a ser feita no âmbito da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 3290/2013

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



ANEXO 7

Certificados de participação no XXI Encontro da Adolescência, do Núcleo de Estudos do Suicídio e no Workshop de Musicoterapia



CERTIFICADO

ANA PAULA LEITÃO JOERGE BRANCO

esteve presente

no XXI Encontro da Adolescência, organizado pelo Núcleo de Estudos do Suicídio, realizado a 28 e 29 de Novembro de 2013 no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Lisboa, 28-11-2013

A Organização



CERTIFICADO

ANA PAULA LESTÃO JORGE BRANCO

frequentou o workshop DE MÚSICOTERAPIA

no XXI Encontro da Adolescência, organizado pelo Núcleo de Estudos do Suicídio, realizado a 28 e 29 de Novembro de 2013 no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Lisboa, 28-11-2013

A Organização

ANEXO 8

Certificado de participação no Curso de Perdas e Luto: suporte ao doente e família
em situação de fim de vida

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Paula Leão Jorge Teixeira Santos de Matos nascida em 07/07/1966, com o N.º de Cartão de Cidadão 0784460 8223, esteve até 21/12/2016, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional na Perda e Luto: Suporte ao Doente e à Família em situação de fim de Vida - Nível I, em 06/11/2016, com a duração de 4000 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (horas)	Classificação 0-20
Ajudar face à morte/perda do doente, do familiar e do profissionalizados em relação à mortificações vivenciais do doente, familiar e do profissional	8.00	-
Luto dos Doentes e Familiares: Fases do luto; Luto Normal e Luto Complicado; Paradoxes de luto no luto; Intervenção no luto	8.00	-
Luto dos profissionais: stress do profissional; estratégias de autocuidado	12.00	-
Planeamento do Projeto de Intervenção no Luto: Programas de intervenção; Planeamento e apresentação de um projeto de intervenção no luto	12.00	-
Nota Final		17

Lisboa, 14 de Janeiro de 2017

O(A) Responsável pelo Centro de Formação do Centro Hospitalar Lisboa Norte

A Directora

(Assinatura e rubrica sobre o selo de autenticidade)

Isabel Correia da Freitas e Costa

Certificado n.º 941/2016 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2016